

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1970

N° 4

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

VALEZ Claire

née le 23 Mai 1939 à SAINT-HILAIRE-SAINT-FLORENT (Maine-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le 12 JUIN 1970

Contribution à l'étude de l'introduction
de la psychothérapie institutionnelle
dans un service d'hôpital psychiatrique

Président : Monsieur le Professeur HERMANN

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1970

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

VALEZ Claire

née le 23 Mai 1939 à SAINT-HILAIRE-SAINT-FLORENT (Maine-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le

Contribution à l'étude de l'introduction
de la psychothérapie institutionnelle
dans un service d'hôpital psychiatrique

Président : Monsieur le Professeur HERMANN

UNIVERSITEIT VAN LEIDEN
FACULTEIT NATUUR EN WETENSCHAPPEN

THÈSE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR M. J. J. VAN NELLE



DE LA BIBLIOTHÈQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

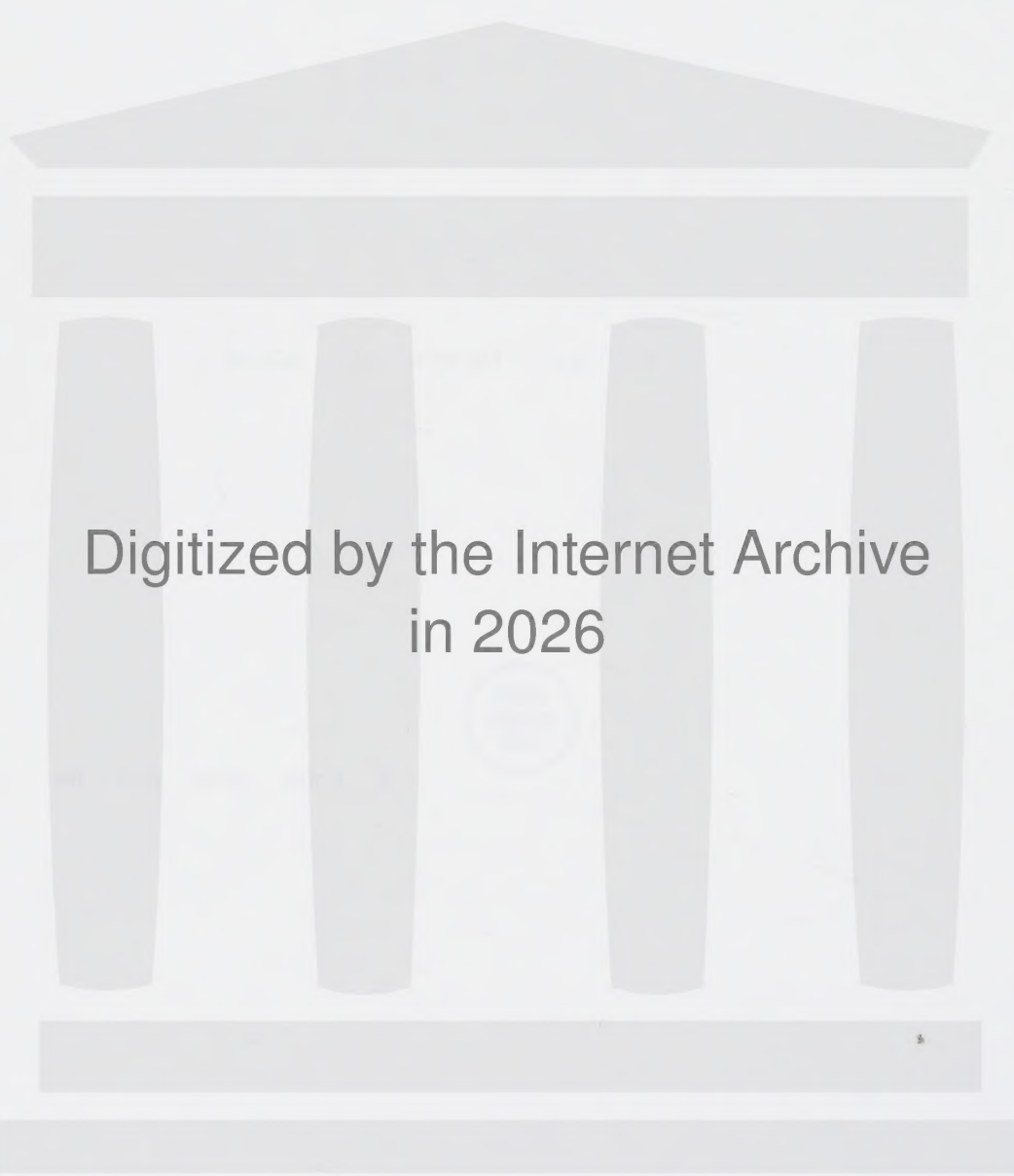
ACQUISITION DE LA BIBLIOTHÈQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Contribution à l'étude de l'introduction
de la psychiatrie institutionnelle
dans un service d'hôpital psychiatrique

A mes P A R E N T S ,

A mes FRERES et SOEUR ,

A tous ceux qui me sont chers.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545913_0009

A Notre Président de Thèse
Monsieur le Professeur HERMANN
Professeur de Clinique Ophtalmologique
Médecin des Hôpitaux

En témoignage de notre respectueuse et
profonde gratitude pour son enseignement,
sa constante bienveillance, et le très
grand honneur qu'il nous fait en acceptant
la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur MENARD

Professeur d'Hygiène et de Médecine Sociale

Médecin des Hôpitaux

En remerciement pour l'enseignement qu'il
nous a prodigué à la Faculté de Médecine
et pour le grand honneur qu'il nous fait
en acceptant de juger notre travail.

A Monsieur le Professeur HY

Maître de Conférences agrégé de Dermato-Vénéréologie
Médecin des Hôpitaux

Nous avons été son élève.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour la bienveillante attention qu'il nous a toujours manifestée.

A Monsieur le Professeur JOUBAUD

Maître de Conférences agrégé de Médecine Générale
et Expérimentale

Médecin des Hôpitaux

Nous le remercions d'avoir bien
voulu juger notre travail et lui
exprimons notre déférente reconnais-
sance.

A Monsieur le Docteur COLMIN

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Nous lui devons l'éveil de notre intérêt
pour la Psychiatrie. Il nous a inspiré
ce travail et nous a soutenu de ses con-
naissances, de ses conseils et de son ami-
tié pendant toute son élaboration.

Qu'il trouve ici l'expression de notre vive
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur DUBOIS

A Nos Maîtres du Centre Psychothérapique de Ste-GEMMES s/LOIRE

En remerciement pour leur enseignement.

A Monsieur le Docteur OURY

A Monsieur le Docteur MUYARD

A Monsieur GUATTARI

et leurs collaborateurs de la Clinique de la Borde à
COUR-CHEVERNY

Qui ont bien voulu nous accueillir
pour discuter et critiquer notre
travail.

En témoignage de notre gratitude
pour l'aide qu'ils nous ont ainsi
apportée.

Aux infirmiers du Service C des Hommes du Centre Psychothérapique
de Sainte-GEMMES- s/LOIRE qui ont pris part avec nous au travail
qui a inspiré notre étude.

Qu'ils soient assurés de notre amicale estime.

A Monsieur le Professeur RENIER

Président du Conseil Transitoire de Gestion, chargé des
Fonctions de Doyen

En témoignage du respect que nous
lui portons.

A Nos Maîtres du Centre Hospitalier et Universitaire d' ANGERS

- Monsieur le Professeur PERREAU
- Monsieur le Professeur NAULLEAU
- Monsieur le Professeur ROUCHY
Doyen honoraire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'ANGERS
- Monsieur le Professeur DELAITRE
- Monsieur le Professeur GOYER
- Monsieur le Professeur HERMANN
- Monsieur le Professeur HY
- Monsieur le Professeur PARSY
- Monsieur le Docteur BONHOMME
- Monsieur le Docteur VAUCLIN
- Monsieur le Docteur BAYLE

A tous nos Professeurs de la Faculté de Médecine d'ANGERS

En remerciement pour tout ce qu'ils nous ont appris.

INTRODUCTION

Le but de notre travail est l'étude des premières étapes de la transformation d'un service "classique" d'Hôpital Psychiatrique dans le sens de la psychothérapie institutionnelle.

Avant de présenter l'observation qui fait l'objet de ce travail, il conviendra donc, dans une première partie théorique, de préciser ce que l'on entend, en général, par service "classique", de structure asilaire, et ce que l'on entend par psychothérapie institutionnelle.

Puis, dans une seconde partie, nous présenterons l'observation clinique des premières phases d'évolution d'un service de type asilaire, ce qui nous amènera, dans une troisième partie à un essai de réflexion théorique à partir de cette expérience dans le but d'en dégager des conclusions.

En effet, le fait que de nombreux services d'Hôpitaux Psychiatriques présentent encore des structures asilaires situe notre étude comme un problème théorico-pratique d'intérêt actuel.

PREMIERE PARTIE

Dans cette première partie, nous ferons donc dans un premier chapitre, la description d'un service classique, tels qu'étaient structurés la plupart des services avant 1945, époque à partir de laquelle de nombreuses expériences d'évolution ont été menées. Ce faisant, nous tâcherons de mettre en évidence les nombreux éléments anti thérapeutiques de telles structures, éléments venant contrarier les efforts déployés en vue de la guérison du malade mental.

A l'opposé, un second chapitre se proposera de situer dans ses grandes lignes, ce que l'on entend sous le terme de psychothérapie institutionnelle, ce terme étant pris ici comme une sorte de ligne "idéale" d'évolution d'un service.

CHAPITRE I

On pourra s'étonner de l'utilisation du terme asile à propos de ce qui se nomme en réalité, depuis 1938, "Hôpital Psychiatrique". Le passage de l' "Asile", lieu conçu essentiellement pour garder les malades mentaux, à l' "Hôpital", lieu conçu véritablement pour soigner est bien souvent assez loin d'être réellement réalisé. D'ailleurs, les malades ne s'y trompent guère et peu nombreux sont encore ceux qui viennent d'eux-mêmes ou qui acceptent de venir se faire soigner, bien que le nombre des "Services Libres" soit en nette augmentation. La plupart des malades sont donc admis plus ou moins contre leur gré et vivent leur hospitalisation comme un internement à l'asile.

Il faut certes tenir compte, dans ce "vécu" du malade, du caractère spécifiquement angoissant de la maladie mentale, mais aussi du rôle joué par l'attitude classique du public, attitude de rejet massif du malade mental, basée entre autres sur le manque d'information, l'anxiété, la honte.

Mais, par ailleurs, il est vrai que l' "Asile" persiste, avec des nuances bien sûr, selon les lieux.

Qu'est-ce donc qu'un Asile ?

Avant tout, c'est un monde clos. Ce caractère se retrouve à différents niveaux, comme on va le voir.

Très souvent éloigné des centres urbains, parfois ceint de hauts murs, il a un peu l'aspect d'une prison, très mystérieuse de surcroît, car "c'est là qu'on enferme les fous".

Franchir l'entrée signe immédiatement pour le malade la rupture avec le monde, son vrai monde, celui de ses familiers, de son travail. Plus loin, il aperçoit des bâtiments impersonnels, de style et de disposition du genre caserne. C'est dans l'un de ces "quartiers", aux petites fenêtres de sécurité, à la porte fermée à clé, et qui sont pourvus de sauts-de-loup, qu'il va entrer. Rien de tout cela ne peut alléger l'angoisse du malade, ni son sentiment intime de déchéance.

L'organisation générale de l'asile, structurée de façon rigide, est fondée sur le cloisonnement et la hiérarchie.

L'Administration, les Services Médicaux, les Services Généraux (ateliers, cuisine, buanderie, boulangerie, jardin, ferme, etc...) sont organisés en néo-sociétés closes, elles-même très hiérarchisées, qui n'ont entre elles aucune inter-pénétration. Leurs modes de communication sont les billets écrits (notes de services, "bons" divers...) et les échanges verbaux sont rares.

A l'intérieur même de ces "couches" se développent de nombreuses petites castes, très cloisonnées, par exemple, dans le personnel médical, les castes des surveillants-chefs, des surveillants, des chefs de pavillon, des infirmiers diplômés, des aides-soignants, des élèves. On voit bien comment les systèmes d'avancement qui ont cours dans l'Administration, et le système de notation du personnel, ne peuvent que renforcer ce mode de relation.

Ainsi, se superposent, à différents étages, des structures sociales pyramidales, toutes "coiffées" par la pyramide administrative.

Où se situe donc le malade ? L'ensemble des malades forme la partie la plus basse de la pyramide, la partie "inférieure". L'individu malade, lui, n'est guère considéré, c'est "un malade", seulement.

A cela se surajoute la ségrégation intra-asilaire des malades par catégories symptomatiques (malades gâteux, malades agités...) qui a d'abord pour effet de confirmer le malade dans son symptôme, dont il aura d'autant plus de mal à guérir.

Par ailleurs, cela crée une autre structure hiérarchique, celle des "quartiers", qui retentit à la fois sur le personnel et sur les malades, à un double niveau : d'abord en impliquant une différence de valeur de tel quartier par rapport à tel autre, donc de ceux qui y travaillent et de ceux qui y vivent, ce qui entraîne par contre-coup des variations dans le mode de travail, et des nuances parfois importantes dans le type de relation qui s'établit entre le personnel et les malades.

Une fois "enfermé", le malade se trouve soumis à un système de vie collective particulier.

La superposition des différents systèmes hiérarchiques explique le fait que, à tous les niveaux, le personnel vit dans la crainte de la sanction et fait donc le maximum pour ne pas "avoir d'histoires". Le malade, de ce point de vue, est celui, qui par son comportement (en cas de fugue ou de suicide surtout), pourrait provoquer l'attribution des sanctions. Aussi doit-il vivre dans la plus grande dépendance vis-à-vis des infirmiers, et être tout-à-fait passif. Ainsi le système de réciprocité qui règle les rapports sociaux habituels est ici inexistant.

Enfermé, privé de ses affaires personnelles, souvent privé de visites pendant dix à quinze jours, surveillé de près dans

ses moindres contacts avec sa famille, irresponsable et inactif, le malade est littéralement "manipulé", comme une chose. Naturellement, toute tentative de sa part de protester, ou toute manifestation malade susceptible d'être considérée comme dangereuse sont sévèrement réprimées, on l'attache par exemple.

Etant donné la suspicion dont les malades sont l'objet, l'usage de la plupart des objets utiles banaux leur est interdit. Ces objets, dépossédés de leur vrai sens, sont mystifiés et acquièrent de ce fait une autre signification, ce qui renforce le sentiment d'étrangeté du malade.

On peut concevoir également quelle grave humiliation peut être ressentie par les hospitalisés obligés, dans certains quartiers, de prendre leurs repas dans des conditions matérielles réellement carcérales : écuelles en aluminium, une cuiller pour tout couvert.

Pourtant certains d'entre-eux travaillent. Il s'agit de malades calmes en qui l'on a confiance. Ils se voient confier quelques travaux ménagers, ce qui permet de soulager le personnel, ou bien on les convie à travailler dans les ateliers du service lorsqu'il y en a. Là, bien guidés par un moniteur dont ils exécutent le plus souvent les projets, ils fournissent un travail stéréotypé. Peu de place est faite à l'initiative personnelle.

D'autres malades chroniques travaillent dans les ateliers généraux où ils sont en contact avec des ouvriers qui, bien que souvent anciens infirmiers, ne sont pas, le plus souvent, au courant de l'évolution mentale de leurs malades travailleurs, ce qui découle du cloisonnement intra-asilaire.

Enfin, l'organisation de cette vie collective est marquée par de nombreux rituels : lever et coucher avec comptage des malades, visite médicale, repas à heures fixes, distribution des médicaments,

distribution du tabac, rituels de surveillance, des rapports écrits (en particulier le rapport du matin où sont exclusivement notés alimentation et selles), des fouilles systématiques, de la lecture journalière de tout le courrier, etc...

Ici, les rituels peuvent apparaître, entre autres, comme des sortes de défenses contre l'angoisse des infirmiers. En effet, ceux-ci, dans le monde asilaire en question, affrontent seuls la folie sans pouvoir en parler. Cependant TOSQUELLES (1) fait remarquer "l'hôpital lui-même n'est-il donc pas dans sa structure fondamentale un monument fait aux techniques d'obsessionnalisation ?".

La répétition inlassable de rituels concourt à faire se dérouler la vie du malade dans une sorte de grisaille intemporelle qui ne peut que contribuer à accroître son malaise, à freiner le processus de guérison. Cela est fort net quand il s'agit de malades désorientés pour lesquels il est nécessaire d'essayer de restructurer l'espace et le temps. De même certains malades schizophrènes, bien orientés lors de l'entrée, perdent peu à peu notion du temps, et cela très rapidement.

Une fois entré, le malade quelque peu lucide ne pense qu'à une chose, connaître la date de sa "libération". Bref, tout cela rend l' "accrochage" thérapeutique extrêmement malaisé.

Ainsi, l'asile apparaît-il comme un ensemble de systèmes rigides et hermétiques, que le malade devra subir. Pour ne pas se perdre, pour ne pas être étouffé le malade élaborera toute une série d'adaptations qui ont été décrites, en particulier par E. GOFFMAN, mais qu'il serait trop long de développer ici. (2)

(1) Dr F. TOSQUELLES : Quelques aperçus sur l'histoire de la psychothérapie. Information psychiatrique Juin 1964 n° 6

(2) Erving GOFFMAN : " Asiles " - Etude sur la condition sociale des malades mentaux

C H A P I T R E I I

Après avoir décrit l'Asile et essayé de montrer, à travers les aspects les plus caractéristiques du système asilaire, ce qu'il y a de profondément anti-thérapeutique dans de telles structures, il convient de définir ce que l'on entend sous le terme de "psychothérapie institutionnelle" et en quoi celle-ci est douée de potentiel thérapeutique.

Une telle entreprise n'est pas chose aisée. En effet, comme le souligne TOSQUELLES (1) "Il faut rappeler dès maintenant que le concept lui-même de psychothérapie institutionnelle n'est apparu que progressivement à l'intérieur d'un vaste mouvement dans lequel de nombreux psychiatres se sont engagés à la fin de la dernière guerre. Ce concept a donc été lié aux efforts de transformation d'un certain nombre de services des Hôpitaux Psychiatriques français".

Précisons que la notion de mouvement doit être essentiellement prise "au pied de la lettre", c'est-à-dire sous son aspect dynamique, avec ce que cela suppose d' "évolutif", ou, comme l'indiquent GENTIS et TORRUBIA (2) "une (...) "orientation", avec son caractère actuel de quelque chose (...) d' inachevé" (3)

(1) Dr. F. TOSQUELLES - Histoire critique du mouvement de psychothérapie institutionnelle dans les hôpitaux psychiatriques français. Revue de Psychothérapie Institutionnelle n° 2 & 3.

(2) Drs R. GENTIS et H. TORRUBIA - Notes sur la Psychothérapie Institutionnelle en 1968 - Information Psychiatrique Fév. 69 n° 2

(3) souligné par nous

Dans le cadre de ce travail et dans le but de ne pas trop obscurcir l'exposé, c'est de façon très schématique que, après avoir donné une définition de la psychothérapie institutionnelle et l'avoir située par rapport aux autres thérapeutiques collectives, il conviendra peut-être de mettre l'accent sur les aspects théorico-pratiques, aspects qui ont guidé notre "praxis", comme on le verra au chapitre suivant.

AYME, RAPPARD, et TORRUBIA, citant OURY, introduisent ainsi leur travail sur la thérapeutique institutionnelle (1)

"... (elle) consiste à articuler, dans une structure sociale concrète, les techniques d'ambiance et les techniques psychothérapiques en un système *global* (2) de soins psychiatriques. Cette articulation se réalise par le biais de systèmes de médiation contrôlés médicalement entre l'ensemble du personnel de l'Hôpital et l'ensemble des malades".

C'est dans la mesure où la psychothérapie institutionnelle se donne pour but d'offrir au malade un "système global de soins psychiatriques" qu'elle se démarque, en particulier, des autres psychothérapies de groupe (bien que celles-ci, entre autres courants d'idées, aient contribué fortement à la naissance de la psychothérapie institutionnelle). En effet, comme le souligne COLMIN, dans sa thèse, (3) " les psychanalyses de groupe, les techniques psychodramatiques, peuvent être réunies par le caractère commun d'être utilisées lors de "séances" séparées les unes des autres et réunissant "artificiellement" des participants qui ne se constituent en "groupe" qu'à l'occasion de ces "séances", alors que les thérapeutiques "institutionnelles" visent à organiser de façon psychothérapique la totalité de l'existence quotidienne des malades réunis dans un service".

(1) Drs J. Ayme, P. RAPPARD, H. TORRUBIA : Thérapeutique Institutionnelle - Encyclopédie médico-chirurgicale n° 37 930 & 10.

(2) souligné par nous.

(3) Dr J. COLMIN. Les échanges économiques. Element de thérapeutique institutionnelle dans un Service d'hôpital psychiatrique. - Thèse PARIS 1961

Il y a bien sûr quelque chose d' "artificiel" dans le fait que des individus soient amenés à vivre ensemble, pour une durée variable, en conséquence de l'accident "maladie mentale" de chacun d'eux. Néanmoins, pour particulière qu'elle soit, il s'agit bien d'une vie collective et ce fait ne peut être négligé.

La constatation que les conditions de vie et d'environnement du malade hospitalisé ne peuvent être indifférentes à l'évolution de son état n'est pas récente.

En effet, FALRET, par exemple, dans son rapport sur la visite à l'asile d'aliénés d'ILLENAU, (1) dit l'intérêt que le docteur ROLLER attache à l'importance thérapeutique du milieu asilaire : " Toutes les circonstances dont un malade est entouré constituent une partie essentielle du traitement moral, et ce n'est qu'à la condition de disposer de toutes ces circonstances, que le médecin peut opposer la variété des moyens à la diversité des affections".

BOUCHET, en 1848 (2) écrit "l'individualité sociale doit donc disparaître et se fondre dans le vie en commun, qui, en effet, constitue la base actuelle et principale du traitement des aliénés".

Plus près de nous, de nombreux auteurs se sont attachés à étudier et à développer ce thème qui peut être résumé par cette phrase de HARRY STACK SULLIVAN "Une personnalité ne peut jamais être isolée du complexe de relations inter-humaines qui l'entoure". (3)

(1) Dr FALRET : visite à l'Asile d'ILLENAU

(2) Dr BOUCHET : Annales médico-psychologiques 1848, cité par le Dr DAUMEZON in "Les Fondements d'une psychothérapie collective - " Evolution Psychiatrique 1948 Fascicule III

(3) H.S. SULLIVAN cité par le Dr N. GUILLET, in "Les structures institutionnelles et leur incidence sur les structures psychopathologiques" - Thèse LYON 1959

Comme on l'a vu au chapitre précédent, la vie asilaire apporte bien souvent des facteurs supplémentaires d'aliénation. Il s'agit donc d'agir, sans cesse, sur le milieu que représente cette société particulière, de manière à lutter contre sa nocivité, à le transformer en un milieu réellement "hospitalier", à la fois ouvert à la Folie et soignant, c'est-à-dire désaliénant.

L'aspect psychothérapique de l'entreprise est ainsi envisagé par DAUMEZON (1) : " Le service est un microcosme ; pour que ce microcosme soit thérapeutique, il doit donner à chaque malade la possibilité : d'abord d'investir ses conflits. C'est dire que, dans la variété de ses aspects, il doit fournir aux niveaux les plus bas comme les plus élevés de l'évolution, dans les formes sociales les plus simples comme les plus complexes, des occasions prégnantes d'identification et de transfert. La tâche du psychothérapeute, pour atteindre ce premier résultat, sera de diversifier suffisamment les aspects du service et les types de relation, partant d'activité, y existant. Mais le malade ayant une fois investi ses conflits dans le microcosme, la vie de celui-ci doit être orientée de telle sorte que ces conflits soient résolus".

Le versant social-thérapique est clairement exposé par N. GUILLET dans sa thèse : Il est en effet de constatation journalière, comme le souligne cet auteur, que "l'aliéné ... bien souvent très engagé dans sa folie garde quelques vestiges de sa dimension sociale ; si le milieu sait exploiter cette socialité irréductible, il peut être sauvé", et, plus loin, "la mesure d'internement s'est faite complice de sa propre fuite dans la psychose. Il faut que cette plongée hors du monde ne soit qu'une réouverture à une réalité conditionnée sur mesure, susceptible d'accrocher et d'investir ses tendances sociales naturelles". Et, reprenant des propos de DAUMEZON :

(1) Dr G. DAUMEZON : Les fondements d'une psychothérapie collective. Evolution psychiatrique 1948 Fascicule III

"toute technique qui active l'extériorisation des énergies psychiques, mobilise l'intérêt pour le milieu ambiant et stimule le réveil des appétences sociales, s'avère thérapeutique ; d'où l'efficacité reconnue de longue date et réaffirmée par SERIEUX au début du siècle, des activités de travail, dans la mesure où elles sont saturées de relations sociales". (1).

Avant de clore ce bref et sommaire exposé théorico-pratique et d'envisager ensuite un certain nombre de points qui constituent l'armature proprement dite de la psychothérapie institutionnelle, il faut insister sur l'importance de trois courants d'idées principaux, d'ailleurs intriqués ; la social-thérapie ayant été évoquée, nous nous contenterons de citer :

- le développement de la psychothérapie de groupe aux Etats-Unis, à partir de 1920 environ, et avec elle, celui des clubs sociaux thérapeutiques, et du mouvement sociométrique marqué surtout par l'influence de MORENO.
- le second courant d'idées consiste en la doctrine de thérapie active d'HERMANN SIMON, à GUTERSLOH, exposée dès 1923 :

"Les trois maux dont sont menacés nos malades mentaux dans un Hôpital, écrit HERMANN SIMON, et contre lesquels notre thérapeutique doit lutter sans arrêt, sont l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital, et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même".

Il considère l'hôpital comme un organisme "vivant" qui peut, au même titre que les groupes plus restreints comme l'équipe ou le pavillon, présenter une maladie dont il convient d'étudier le phénomène global pour y porter remède. Cet aspect de la doctrine SIMONIENNE constitue un des fondements de la psychothérapie institutionnelle.

(1) souligné par nous.

- Enfin, le dernier courant d'idées, mais non des moindres, consiste en la remise en question des fondements de la psychopathologie par l'avènement du Freudisme. Il faut, à ce propos, souligner, avec GENTIS et TORRUBIA, l' "orientation freudienne fondamentale de ce mouvement" (de psychothérapie institutionnelle). (1).

Il ne s'agit là pas tant de pratiquer des analyses individuelles en milieu collectif que de "déterminer les conditions permettant à une institution de jouer un rôle analytique au sens freudien. Aussi, depuis quelques années toute notre attention s'est-elle portée vers une ré-évaluation des notions analytiques donnant les moyens à un collectif thérapeutique de dépasser son rôle d'assistance élémentaire". (2).

Un vif courant de recherches conceptuelles s'est développé autour de ces problèmes parmi les psychothérapeutes institutionnels, tels, pour ne citer que les plus connus, TOSQUELLES et l'équipe de SAINT-ALBAN, OURY et l'équipe de LA BORDE, GENTIS et TORRUBIA à FLEURY-les-AUBRAIS, Ayme à MOISSELLES, etc...

Système global de soins psychiatriques, donc, articulant traitements biologiques, techniques socio-thérapeutiques, psycho-thérapeutiques, la thérapeutique institutionnelle "ne commence que lorsque cette articulation est vécue par les malades, à l'aide ou non d'interprétations techniquement définies, en connaissance de cause, verbales ou agies par le médecin traitant" (TOSQUELLES et PONCIN : Bulletin technique du personnel soignant de l'Hôpital Psychiatrique de SAINT-ALBAN).

(1) Drs R. GENTIS et H. TORRUBIA : Information Psychiatrique Février 1969

(2) P. GUATTARI : Réflexions quelque peu philosophiques sur la Psychothérapie Institutionnelle
Recherches Tome 1

"Cela, implique l'existence (...) d'un appareillage technique spécifique" (G. MICHAUD) (1), et TOSQUELLES, (2) reprenant les travaux de cet auteur, écrit "quand nous employons le vocabulaire institution, nous insistons sur le processus d'institutionnalisation (3), c'est-à-dire sur l'existence de ces moyens termes ou médiateurs que les institutions sont : appareil, si l'on veut, apte à favoriser les échanges à tous les niveaux".

Cependant, ces échanges devront se situer dans une relation désaliénante sujet-sujet (4) (AYME, RAPPARD, TORRUBIA, EMC).

Car "ce qu'au cours des rencontres psychothérapiques les malades réexpérimentent, dans la nouvelle relation, ce sont les propres structures de leur échec à s'y constituer sujet (...)"
Dès lors la visée et le but même de la psychothérapie se dévoilent.

1°) - Pour le malade celle de la possibilité la plus authentique, celle de s'y reconnaître sujet.

2°) - Pour le médecin, l'exigence technique de possibilitier cette reconnaissance" (TOSQUELLES Information Psychiatrique Juin 1964 n° 6).

Il convient donc d'envisager maintenant un certain nombre de points constituant l'armature de la psychothérapie institutionnelle.

Nous emprunterons à la thèse de COLMIN le plan suivi, envisageant :

(1) G. MICHAUD : La notion d'institution dans ses rapports avec la théorie moderne des groupes - D.E.S. de Philosophie PARIS 1958.

(2) Dr F. TOSQUELLES : Que faut-il entendre par psychothérapie institutionnelle ? Information Psychiatrique avril 1969 n° 4

(3) souligné par l'auteur

(4) "Sujet" au sens psychanalytique du terme

- les caractéristiques des structures institutionnelles
- les principales institutions utilisées et leur mécanisme d'action
- l'incidence de cet ensemble sur les structures psychopathologiques.

1°) LES CARACTERISTIQUES des STRUCTURES INSTITUTIONNELLES doivent permettre au psychiatre d'assurer la désaliénation constante du milieu et par là même la désaliénation de chaque malade qui y est pris en charge.

N. GUILLET, dans sa thèse, mentionne ainsi :

- le respect de l'historicité, c'est-à-dire du passé historique du groupe. En effet, "il ne semble pas possible d'instituer une structure quelconque sans tenir compte de ce qui est déjà là". (1).
- la plasticité car "il faut que la sociothérapie et l'ergothérapie aient cette structure labile et disponible qui caractérise le rapport analytique, si on veut parler de psychothérapie institutionnelle" (2)
- une certaine régularité dans les formes extérieures de fonctionnement des principales institutions, tout en veillant aux risques d'enkystement.
- une ouverture maximum des structures qui doivent être remaniées incessamment au fur et à mesure des problèmes, être créées par les besoins de la situation, par l'invention de quiconque.

2°) LES PRINCIPALES INSTITUTIONS utilisées dans l'effort de structuration thérapeutique du milieu se situent tant dans le groupe des soignants que dans celui des soignés.

(1) Dr J. OURY : La Participation de l'Infirmier à la Psychothérapie - Groupe de Sèvres - Information Psychiatrique Mai 1958 n° 5

(2) Dr. F. TOSQUELLES : Intervention dans la discussion "Connaissance et psychothérapie de la relation schizophrénique" par P.C. RACAMIER - Evolution psychiatrique 1968 Tome II

1 - Au niveau des soignants doivent exister régulièrement à un rythme se rapprochant le plus possible du quotidien des réunions d'équipe. Ces réunions sont "le lieu où se rencontrent des hommes et des femmes aspirant ensemble à un but commun : la réussite d'une entreprise thérapeutique". (1).

A ce propos, TOSQUELLES indique (2) : "Ce qu'il y a de neuf dans la situation institutionnelle... c'est que la rencontre thérapeutique est toujours structurée par de multiples personnes situées en réseau plus ou moins laxé. Ce réseau, il convient de le définir et de le connaître dans chaque cas et dans chaque moment de l'évolution thérapeutique". "Il n'est pas possible d'analyser ... une fois pour toutes la constellation inter-relationnelle signifiante d'un service. Il devient indispensable de créer dans l'institution elle-même un ou des organes d'analyse permanente". Les réunions de soignants s'inscrivent dans cette optique. Nées de la nécessité, liée à la faible densité médicale des Hôpitaux Psychiatriques, de faire des infirmiers des médiateurs entre le psychiatre et le malade, elles ont donné lieu à de nombreuses études qui ont éclairé leurs divers aspects. N. GUILLET les décrit comme "réunion-filtre sélectif" par où passent toutes les informations et les observations qui, triées dans une réflexion commune aboutissent aux décisions les plus adaptées. Les consignes qui en découlent sont immédiatement prises en charge par le groupe, qui, tout hétérogène ou même dissocié qu'il soit se regroupe instantanément sous la poussée des pressions internes inhérentes de sa fonction". A ce titre, il s'agit d'une "véritable réunion de psychothérapie de groupe", les membres s'y retrouvant liés dans un effort commun de recherche de réunification des positions devant l'affrontement de la Folie".

(1) Drs F. TOSQUELLES - G. DAUMEZON - Ch. PAUMELLE : Le fonctionnement thérapeutique E.M.C.
37 930 A 20

(2) Dr F. TOSQUELLES : Quelques aperçus sur l'histoire de la psychothérapie - Information Psychiatrique Juin 1964 n° 6

Et s'il est vrai, comme l'indique OURY (1), que "l'attitude inconsciente du personnel infirmier, aussi bien sur le plan individuel que sur le plan collectif, est responsable du tableau évolutif de beaucoup de cas", ou, comme le dit TOSQUELLES (2) "Un véritable contact confiant du médecin et du malade -comme il est indispensable de l'obtenir- présuppose la pré-existence du même type de contact entre le médecin et son personnel", le médecin peut avoir à se situer en tant que psychothérapeute vis-à-vis du groupe des infirmiers dans le dessein d'agir sur leur attitude inconsciente collective, et par là-même sur les structures pathologiques des soignés.

"... le véritable but et portée de cette réunion du personnel (est) ... celle de faire éclore et évoluer les problèmes contre-transférentiels. Problèmes qu'il intéresse d'élucider non pas pour améliorer ou soigner le personnel mais du fait que cette mobilisation et la résolution de son contre-transfert devient un des facteurs primordiaux dans la thérapeutique des malades". (3)

2 - Au niveau des soignés

L'institution essentielle consiste en un "Club" de malades où se trouvent impliqués malades et personnel, qui organise les ateliers, les diverses activités sociales et distractions, et toutes les nombreuses réunions de malades s'y rapportant.

TOSQUELLES commente ainsi son rôle "le rôle du Club des malades en tant qu'analyseur du contre-transfert des groupes de l'Hôpital est de première importance.

Certaines conditions structurales et économiques d'autonomie de gestion et de liberté d'expression sont à ce sujet indispensables". (3)

La vie du Club fournit alors l'occasion de nombreuses rencontres s'accompagnant d'échanges de langage, en particulier au

(1) Dr J. OURY : Les Clubs thérapeutiques. Rapport présenté à la Réunion d'Information de l'Assemblée Fédérale des Sociétés de Croix-Marine Paris Octobre 1959

(2) Dr F. TOSQUELLES Revue de Psy. Institutionnelle Tomes 2 & 3.

(3)

sein des réunions, mais ainsi que le précise OURY "celles-ci n'ont de sens et d'efficacité que si elles reposent sur un système d'échange de marchandises. C'est une loi fondamentale qu'on ne peut transgresser" (1). Ce dernier problème est d'ailleurs étudié en détail dans le thèse de COLMIN.

En effet, "il est bien clair qu'un club ne peut se développer et acquérir une existence autonome avec une structure symbolique spécifique que s'il prend en charge certains ateliers d'ergothérapie et s'il a son propre comptoir de ventes.

Les investissements sujet-objet et sujet-sujet ne se font vraiment qu'à partir de ce moment. C'est là le principe de la thérapeutique institutionnelle". (1).

Pour mieux situer le mécanisme d'action d'une institution telle que le Club des malades, nous empruntons à BIERER le passage suivant :

"Il y a quatre formes distinctes de psychothérapie de groupe et ce sont :

- le traitement dans le cadre du groupe. Cela signifie qu'un ou un plus grand nombre d'individus sont traités par le thérapeute en présence des autres ;
- le traitement par le groupe, cela signifiant qu'un ou un plus grand nombre d'individus sont traités par d'autres individus du groupe.
- le traitement par l'intermédiaire du groupe (opération), cela indique que le groupe réalise un résultat thérapeutique par l'intermédiaire des opérations : tension de groupe, identification de groupe, etc...
- Finalement, le traitement dans le cadre social. Ce traitement diffère des autres méthodes, en ce qu'il comprend le traitement d'individus et de groupes par l'action individuelle et les opérations de groupes". (Note).

(1) Dr J. OURY : Les Clubs thérapeutiques - Esquisse d'une théorie du Club intra-hospitalier

(Note)
J. BIERER Critical analysis in some concepts in présent day "Group Psychotherapy" traduction par le Dr. J. OURY dans " Les Clubs Thérapeutiques"

Si toutes ces formes peuvent être utilisées dans le cadre du Club, le système de base relève surtout de la quatrième. C'est dans l'approfondissement de cette dernière que doivent être analysées les notions de "tension commune du groupe", de "dénominateur commun des fantasmes dominants de tous les membres du groupe" (EZRIEL), de l' "acting-out", des relations contre-transférentielles, de "liens libidinaux" entre membres de la foule, de "réduction à l'on", de rapports entre "moi idéal", "idéal du moi", et "sur-moi", toutes notions dont l'ouvrage de FREUD "Psychologie collective et analyse du moi" constituent la base essentielle.

Pour terminer cet aperçu du Club, dont OURY dit qu'il est "la pièce maîtresse de toute psychothérapie institutionnelle" mais qu' "il ne peut fonctionner, dialectiquement, avec l'ensemble institutionnel, que si une analyse de cet ensemble est déjà en cours, bien que cette analyse s'inaugure souvent par la mise en place des coordonnées de base du Club thérapeutique" (1), nous retranscrivons des extraits de l'intervention de TOSQUELLES au symposium sur la psychothérapie collective, à BONNEVAL, en 1952, qui nous paraissent éclairer l'ensemble de ce chapitre.

"Le Club est en grande partie l'expression automatique de l'ensemble de l'Hôpital, du fait que bien qu'ayant pour ainsi dire un grand nombre d'activités propres, ces activités transcendent à la vie des quartiers comme on verra tout à l'heure. Pour nous autres médecins, c'est la source de problèmes pratiques, l'occasion de conflits interhumains concrets, des activités "spontanées" de nombreux groupes et de l'établissement des liaisons vitales entre malades divers, infirmiers, et personnel dans son ensemble. C'est souvent l'occasion thérapeutique que le médecin cherche et analyse plus ou moins publiquement. C'est toujours une vie nouvelle qui crée des "besoins nouveaux" et avec ces besoins l'occasion de cette psychothérapie de groupe neutre et sociale dont surtout les schizophrènes ont besoin" "Revenons à la structure du Club ; ces délégués de quartier forment donc l'Assemblée Générale qui se réunit tous les deuxièmes mercredis du mois. Ils ont élu un Bureau parmi eux, qui lui se réunit tous les mercredis. Chaque membre du Bureau est rapporteur à une section, qui à son tour se réunit pour préparer le travail, etc... etc... Ces réunions ont toujours lieu en présence d'un infirmier différent nommé à cet effet et appelé "conseiller social" pour telle

(1)

Dr J. OURY : Psychothérapie Institutionnelle -- E.M.C. 37 930 G 10

commission concrète. Elles ont lieu à heures fixes, de façon que le médecin puisse y assister lui-même et y envoyer - comme membres adjoints ayant droit à la parole et pas au vote des malades qui peuvent en bénéficier. Ainsi, il n'y a pas de jours que le médecin ne dispose d'un, deux ou trois groupes où il puisse essayer d'intégrer des malades ou à la réunion desquels il ne puisse assister personnellement pour donner à la séance la tournure psychothérapique qu'il souhaite".

"Le Club se relie avec la vie des quartiers d'ailleurs par d'autres méthodes : le club organise, par exemple, des fêtes, des concours, donne des prix, commande et distribue du travail dans les quartiers. Ces travaux maintiennent à nos ateliers d'ergothérapie un but collectif et offrent des possibilités pratiques incalculables : affiches, guirlandes, tableaux, vestiaires, décors, découpages, programmes..."

"Chaque quartier, depuis deux ans, sans interruption, offre une fête aux autres dans la salle du Club... L'émulation des délégués et des conseillers sociaux s'exerce ; la variété est une stimulation constante et justifie une activité dans le quartier qui dépasse de loin la représentation publique. Souvent d'ailleurs, à la fin du cercle on fait un choix, et la Société donne une représentation publique qui contribue à grossir ses fonds". ... "Et puisque nous parlons de fonds, voici comment on assure une vie économique à cet ensemble ; une des sections du Club est une cantine ; cette cantine est naturellement tenue par des malades comme toutes les autres "commissions" ; les malades, les visiteurs, le personnel achètent et bien que nos prix, fixés par l'assemblée, soient plus bas qu'en ville, on fait des bénéfices Je répète qu'il y a un permanent contrôle économique de la Ligue, mais l'initiative de tout correspond aux malades eux-mêmes, le médecin ne se réservant que le droit de veto ; je ne me rappelle pas avoir eu à m'en servir". (1).

3 - A quoi tout cela sert-il ?

Au terme d'une étude consacrée à l'incidence des structures institutionnelles sur les structures psychopathologiques, N. GUILLET écrit :

"Le milieu institutionnalisé suffit-il à constituer par lui-même un appareil de soins véritable ?

(1) Dr F. TOSQUELLES cité par le Dr J. OURY dans les "Clubs Thérapeutiques"

- a) - Pour certains cas, il doit jouer un rôle de milieu protecteur ou servir de prothèse sociale.
- b) - Pour les cas atypiques ou complexes, ses techniques subtiles et variées doivent permettre l'élargissement du diagnostic poly-dimensionnel et réaliser un "milieu d'accrochage".
- c) - Pour les malades enkystés, il offre de multiples possibilités d'expression, qui avec le temps, joueront peut-être en sa faveur.
- d) - Les psychothérapies individuelles ou collectives sont réalisées avec plus d'économie et moins de danger du fait du réinvestissement des transferts et des résistances dans le jeu de la dynamique des groupes.
- e) - Mais surtout, ce milieu constitue par lui-même, une véritable "prise en charge psychothérapique permanente" du malade et est d'autant plus salutaire qu'il est "pointé" à l'endroit et au moment où il s'en doute le moins".

Après ce rappel fragmentaire de quelques-unes des notions essentielles concernant la thérapeutique institutionnelle, il nous est possible d'aborder l'observation qui constitue plus précisément l'objet de notre travail.

DEUXIEME PARTIE

Cette seconde partie sera donc l'observation, étalée sur environ deux ans d'une tentative d'évolution d'un service de type asilaire dans le sens de la psychothérapie institutionnelle.

Plus précisément, il s'agit d'une observation (des groupes) d'une période pré-psychothérapique (ce terme ayant été employé par OURY dans une de ses interventions au Colloque d'ARTIGNY en 1967).

Les dates limites de cette observation correspondent, pour le début (Septembre 1965), à l'arrivée, en tant que médecin-chef, d'un praticien ayant déjà participé auparavant à des expériences de psychothérapie institutionnelle, et, pour la fin, à la période de début des réunions du personnel, (c'est-à-dire dans le courant de l'année 1967).

Ainsi que cela a été indiqué dans l'introduction de ce travail, cette période ainsi limitée nous semble bien permettre l'étude des premières étapes de la transformation d'un service "classique" d'hôpital psychiatrique dans le sens de la psychothérapie institutionnelle.

En effet, durant cette période, se trouvent confrontés un service de type asilaire, et la mise en action des théories de la psychothérapie institutionnelle.

Ainsi limitée, cette observation se répartira donc en plusieurs chapitres :

- 1 - l'étude des "forces" en présence en Septembre 1965.
- 2 - une période (de septembre 1965 à Février 1966) où, en apparence, il ne se passe rien.
- 3 - la période d'introduction de l'ergothérapie (de février 1966 à début 1967).
- 4 - la période des premières réunions de personnel à l'intérieur de chaque pavillon (de Mars 1967 à Octobre 1967).

Comme nous l'avons déjà indiqué, il s'agira, dans ces quatre chapitres, uniquement d'une observation, les réflexions suggérées et les critiques appelées par cette observation étant renvoyées à la troisième partie de notre travail.

Un cinquième et dernier chapitre situera dans ses grandes lignes l'évolution ultérieure du service.

CHAPITRE I

LA SITUATION en SEPTEMBRE 1965

A cette époque on trouve en présence :

- d'une part, un service qui sera d'abord décrit
- d'autre part, parmi les principes théoriques de la psychothérapie institutionnelle, certains qui semblent s'appliquer plus particulièrement à la situation.

I - LE SERVICE

est un service de type asilaire répondant, dans ses grandes lignes, à la description qui a été faite dans le chapitre I de la première partie. Détailler à nouveau tout cela constituerait une répétition qui ne semble pas indispensable.

Par contre, certains détails propres au service doivent être précisés :

- c'est d'abord le nombre des malades : il y a environ 400 malades, c'est-à-dire près du double du chiffre moyen à l'échelon national.
- puis, l'effectif du personnel :

Outre le médecin-chef, les deux internes et la secrétaire médicale, il existe 70 infirmiers, c'est-à-dire environ la moitié du chiffre minimum figurant dans les normes ministérielles (chiffre minimum basé sur le rapport de un infirmier en service pour dix malades). Ces 70 infirmiers sont répartis dans les catégories

hiérarchiques habituelles, soit :

- un surveillant-chef
- un surveillant
- huit chefs de pavillon (1)
- soixante infirmiers diplômés et élèves-infirmiers.

Disons maintenant que, au cours des mois pendant lesquels se situe notre observation, ce dernier chiffre augmentera peu à peu, de sorte que fin 1967 c'est à 80 que se situe l'effectif total des diverses catégories d'infirmiers.

- Enfin, la répartition des malades en quatre pavillons.

Ces pavillons sont désignés par des numéros 1 - 2 - 4 - 8 (2) où se retrouvent des catégories de malades définies dans une optique asilaire :

- au pavillon n° 1 : 200 malades "calmes, tranquilles, travailleurs".
- au pavillon n° 2 : 60 malades "entrants". C'est le pavillon d'admission.
- au pavillon n° 4 : 90 malades "gâteux"
- au pavillon n° 8 : 50 malades "difficiles", "agités".

(1) C'est à dessein qu'est employée cette expression et non l'expression réglementaire "chef d'unité de soins" puisque l'unité de soins officielle comporte 25 malades. On verra que de telles unités de soins n'existent pas dans le service.

(2) Cette désignation par numéro persiste dans d'autres établissements. Ailleurs, les pavillons sont désignés par des noms de psychiatres ; ailleurs encore par des noms de plantes ou des noms liés à tel détail architectural. Si la désignation par numéro fait un peu plus caserne que les autres types de désignations, c'est surtout le fait que les malades n'ont pas la parole pour désigner leur local de vie ou bien qu'au contraire ils participent à cette désignation qui semble différencier les désignations aliénantes et les désignations thérapeutiques.

Les pavillons n° 2 et 8 ont été récemment remis à neuf, c'est-à-dire qu'ils sont propres. Mais ils conservent portes fermées à clé et sauts-de-loup. (Le pavillon n° 8 est pourvu de deux sauts-de-loup, de grillages et, à l'intérieur, de cellules).

Les pavillons n° 1 et 4 présentent les mêmes caractéristiques carcérales mais de plus ont la particularité de n'avoir pas été remis à neuf et d'être très vétustes.

Tels sont donc les locaux de vie des malades, auxquels il faut ajouter un unique atelier d'ergothérapie (vannerie et rotin) où se rendent chaque jour une quinzaine de malades sélectionnés, tandis qu'un certain nombre de malades du pavillon n° 1 se rendent dans les Services Généraux de l'Hôpital. Les autres malades n'ont pas d'occupation, si ce n'est la participation aux tâches ménagères du pavillon.

Au total, ces conditions, trop grand nombre de malades, trop petit nombre d'infirmiers, caractéristiques des locaux de vie, se conjuguent pour aggraver encore les conditions asilaires et pour faire que la description du chapitre I de la première partie s'appliquent parfaitement au service.

II -

C'est dire que semble s'appliquer à merveille ici la perspective d'HERMANN Simon qui, dès 1923, considère l'Hôpital, ou les services comme un "organisme vivant" qui peut présenter une maladie dont il convient d'étudier le phénomène global pour y porter remède (1). Mais les données théoriques plus approfondies depuis lors devaient aider dans la compréhension de ce qu'il fallait faire, c'est-à-dire chercher d'abord à agir sur les infirmiers.

(1) E.M.C. - N° 10, p. 2

C'est ainsi qu'OURY écrit :

- "il faut tenir compte de ce qui est déjà là" (1)
- "l'attitude inconsciente du personnel infirmier, aussi bien sur le plan individuel que sur le plan collectif est responsable du tableau évolutif de beaucoup de cas" (2)
- "le mode de relation qui existe entre le groupe des médecins et le groupe des infirmiers se transmet tel quel (3) entre le groupe des infirmiers et le groupe des malades". (4)

que TOSQUELLES écrit :

- "les "progrès syndicaux" du personnel soignant ont apporté récemment une conquête antithétique à souligner : les notes chiffrées et les primes de rendement sont bien faites pour apporter une émulation concurrentielle chez le personnel soignant ; donc une totale destructuration (3) de l'unité psychothérapeutique que le malade doit trouver" (5).

Ces quelques rappels théoriques sur les principes de la psychothérapie institutionnelle figurent ici car ce sont, (à tort ou à raison, ceci sera discuté dans la troisième partie) plus particulièrement ces points qui ont guidé l'action à visée évolutive de la période pré psychothérapique que nous allons décrire, action qui a considéré comme essentiel l'action sur les infirmiers, médiateurs absolument indispensables entre 400 malades et l'unique psychiatre.

(1) Dr J. OURY : La participation de l'infirmier à la Psychothérapie - Information Psychiatrique Mai 1958 n° 5

(2) Dr. J. OURY : Les Clubs Thérapeutiques __ 1959

(3) Souligné par nous

(4) Dr J. OURY : Congrès de ZURICH 1957

(5) Dr F. TOSQUELLES : Revue de Psychothérapie Institutionnelle n° 2 - 3

C H A P I T R E I I

DE SEPTEMBRE 1965 à FEVRIER 1966 INCLUS.

Au niveau de l'évolution apparente du service, des conditions de vie des malades, on pourrait dire qu'aucune modification ne se produit jusqu'à ce que, fin février, soit installé un atelier d'ergothérapie au pavillon des "agités", "la 8".

Dans une communication faite à la Société de Neuro-Psychiatrie de l'Ouest (1) le Dr COLMIN explique ce long délai par la nécessité de ne pas donner d'ordre, de manière à agir ainsi à contre-courant des traditions asilaires. De sorte que ces six mois furent en réalité occupés par une action psychothérapique de groupe menée au niveau d'un groupe de quatre personnes réunissant médecin-chef, surveillant-chef et les deux internes.

Pour tous, en effet, l'existence de ce pavillon des "agités" où l'on envoyait des malades "difficiles", constituant ainsi, par un processus de ségrégation, un asile dans l'asile, apparaissait comme inéluctable, prouvant qu'il y avait des malades pour lesquels rien ne pouvait être fait. C'est précisément en tentant quelque chose à ce niveau, en faisant quelque chose pour ces malades que pouvait être, dans les esprits, posé un principe inverse à savoir que pour tous les malades il pouvait être fait quelque chose.

Dans la communication citée plus haut, le Dr COLMIN, après avoir expliqué comment le groupe de quatre personnes mentionné

(1) Psychanalyse et ouverture d'un atelier d'ergothérapie . Revue de Neuro-psychiatrie de l'Ouest Mai 1967, n° 16

plus haut se constituait à l'occasion de la "visite" quotidienne du médecin-chef lors des trajets inter-pavillonnaires, détaille ainsi l'action menée durant ces six mois au sein de ce groupe, action qui a commencé par "l'écoute" et l'étude psychologique des membres du groupe :

"Le surveillant-chef, entré dans l'établissement en 1937, était en contact avec les malades et avec la vie asilaire depuis près de trente ans. Très rapidement, il m'était apparu comme extrêmement sensible aux aspects carcéraux de la vie quotidienne des malades, et surtout des malades de "la huit". Peut-être le fait d'avoir, en 1940, vécu lui-même la situation de prisonnier, n'était-il pas étranger à ses sentiments".

"Mais, par ailleurs, formé par une longue tradition, il attendait du médecin-chef (sans même oser les demander) des ordres et des instructions sur la manière de changer tout cela, ordres qu'il aurait ensuite répercutés sur les chefs de pavillon pour qu'à leur tour ces derniers les répercutent sur les infirmiers".

"Quant aux deux internes, étudiantes en fin d'études, elles venaient de passer les années de leur formation médicale au C.H.U. Ne faisant de la psychiatrie que depuis quelques mois, elles étaient satisfaites des succès individuels rencontrés dans le traitement de certains malades. Quant à la chronicité de certains autres, elle leur paraissait être plus ou moins l'équivalent des échecs dans la thérapeutique de certaines maladies somatiques. De sorte, que "la huit" leur semblait une sorte de mal nécessaire dans un Hôpital Psychiatrique. Elles souffraient dans leur sensibilité de l'aspect carcéral du pavillon mais pensaient que, sans doute, il n'y avait rien à y faire et, qu'en tout cas, s'il y avait eu quelque chose à faire, le médecin, plus instruit qu'elles en psychiatrie, n'aurait pas manqué de donner des instructions nécessaires.

"Je me trouvais donc au cours de ces promenades inter-pavillonnaires au sein d'un groupe dont les trois autres membres

attendaient des instructions, n'osant même pas verbaliser leur demande. Or, au sein de ce groupe restreint (et surtout dans ce groupe) je ne voulais pas donner d'ordres. Formuler des instructions aurait entraîné une cascade d'ordres au terme de laquelle les infirmiers auraient donné des ordres aux malades. Quels qu'aient été alors les changements matériels dans la vie des malades, le rapport psychologique serait resté un rapport gardien-gardé, c'est-à-dire un facteur supplémentaire d'aliénation".

"Si le surveillant-chef, comme les internes, attendaient des instructions, il y avait cependant des différences entre eux. C'est que, pour avoir passé trente ans à l'asile, le surveillant connaissait beaucoup mieux que les internes les détails de la vie quotidienne des pavillons. Encore, n'osait-il pas trop en parler de peur qu'apprenant ces détails le médecin ne vienne à être tenté de sanctionner ce qui aurait pu lui paraître comme des fautes du personnel. Par contre, les internes, du fait de leur formation, avaient beaucoup moins d'inhibition pour parler à leur "patron".

"Les confidences multiples sur la vie asilaire que l'évolution du service du Dr AYME m'avait permis de recueillir des infirmiers, durant mon internat, me permettaient de saisir à partir d'une phrase, même inachevée, les détails que mon surveillant n'osait pas me donner. Par contre, les internes ne saisissaient pas. J'exploitais donc cette contradiction en explicitant moi-même ce qui n'était que sous-entendu, non pas en m'adressant au surveillant, mais en m'adressant aux internes en présence du surveillant. Plus précisément, sans parler de ce que je devinais se passer dans le pavillon des agités, je parlais aux internes de ce qui se passait (ou de ce qui s'était passé autrefois) dans d'autres pavillons d'agités d'autres établissements, en insistant sur les multiples petits détails aliénants de la vie quotidienne des malades. A chaque demande d'instructions (qu'il arrivait alors aux internes de formuler) j'opposais le silence ou bien d'autres récits analogues".

"Si bien que peu à peu, les internes jouant en quelque sorte le rôle d'une surface réfléchissante, le dialogue avec le surveillant naissait et qu'il arrivait parfois au surveillant d'en dire plus long sur ce qui se passait ou, à tel récit fait par moi, de dire que mon récit pouvait s'appliquer à "la huit".

"A ce point du dialogue le surveillant s'enhardissait à formuler sa demande : "quelles instructions donnez-vous pour changer tout cela ?"

"A ce stade, la question lui était retournée : "que pourrait-on faire ?" Simultanément, les internes recevaient alors, en présence du surveillant, le récit de certaines transformations opérées ailleurs. Il s'agissait parfois de la description -plus ou moins fragmentaire- de structures institutionnelles d'autres établissements. Il pouvait s'agir du souvenir quasi-léendaire de tel psychiatre instituant comme premier atelier la chasse aux vipères dans les marais environnant son hôpital, de tel autre allant faire des travaux de terrassement avec une dizaine de malades "difficiles". J'étais d'autant moins avare d'anecdotes que je refusais obstinément de répondre à la demande d'instructions formulée par le surveillant et souvent reprise par les internes".

"Si bien qu'un jour à mon "que pourrait-on faire ?" ne répondit plus l'embarras du surveillant et que je dus cesser de puiser dans mon stock d'anecdotes. En effet, le surveillant avait dit : "si on ouvrait un atelier à la huit" et j'avais répondu : "ce serait peut-être une bonne idée. Pensez-vous que ce soit possible ?"

"A partir de là le dialogue avec le surveillant subit un nouveau virage. En effet, les phrases lui sortaient beaucoup plus aisément. Leur contenu était fait d'informations sur les objections qu'il rencontrait auprès des infirmiers du pavillon quand il parlait d'installer un atelier. Le détail des objections -surtout axées sur les problèmes de sécurité avec ces malades difficiles- importe assez peu.

Plus important semble le fait que le surveillant n'y répondait pas, se contentant de les enregistrer, d'émettre parfois un grognement dubitatif, mais sans argumenter au fonds. C'est tout cela qu'il venait ensuite me raconter, faisant au fur et à mesure des jours le point des légers progrès qu'il enregistrerait dans les paroles de ses infirmiers".

"Mais à ce moment, le surveillant ne semblait plus s'étonner de ne pas avoir de réponse de ma part. A dire vrai, il recevait parfois des réflexions encourageantes du type "bon", "c'est bien", "ça progresse".

C'est en raison de cette attitude non-directive ainsi décrite que c'est seulement en Février 1966 qu'un atelier de vannerie fut installé dans ce pavillon des malades "difficiles". Mais, peut-être grâce à ce délai, une modification s'était-elle produite dans les rapports médecin-infirmiers, pour l'instant seulement entre le médecin et un des infirmiers, le surveillant-chef. A des rapports hiérarchiques avait été substitué un véritable dialogue entre deux sujets, ce qui prend toute sa valeur si l'on rappelle ici la phrase d'OURY (Congrès de Zurich 1957) :

"le mode de relations qui existe entre le groupe des médecins et le groupe des infirmiers se transmet tel quel entre le groupe des infirmiers et le groupe des malades".

CHAPITRE III

MARS 1966 à FEVRIER 1967

Cette période va être marquée par des progrès dans une double direction :

- au niveau des rapports médecin-infirmiers
- tandis que, parallèlement, l'ergothérapie va s'étendre à tous les pavillons du service.

De même que dans la période précédente, c'est surtout de l'évolution des rapports médecin-infirmiers, de la déhiérarchisation de ces rapports que se préoccupe le médecin (1). Ce n'est pas sur des ordres du médecin (sauf une exception, comme le verra, malheureuse), mais sur des initiatives d'infirmiers, qu'apparaissent des ateliers d'ergothérapie. Les ateliers sont en quelque sorte des symptômes de l'évolution des rapports entre médecin et infirmiers qui peu à peu tendent à devenir des soignants.

Aussi, après avoir situé *comment le médecin intervient au niveau des infirmiers*,

on envisagera la situation durant cette période *pavillon par pavillon*,

avant d'étudier, en fin de chapitre, *l'évolution du groupe médecin - internes - surveillant-Chef*.

(1)

Il est bien évident que le médecin fait pour les malades le maximum de ce que les structures asilaires, le temps pris par l'application légale de la loi du 30 Juin 1838, le trop grand nombre de malades, lui permettent. Les malades sont au maximum "vus" individuellement lors de la "visite" quotidienne. De même sont prescrites les différentes thérapeutiques biologiques qui semblent le mieux adaptées aux cas individuels. Il n'y a pas en effet, comme on l'a déjà souligné, opposition mais complémentarité dans le traitement entre les techniques psychopharmacologiques et les techniques de psychothérapie institutionnelle.

I -

C'est au cours de la "visite" quotidienne que le médecin fait quelquefois des entorses au rituel asilaire, écoutant et à l'occasion répondant à ce que viennent de dire les infirmiers rencontrés, ou encore ne répondant pas aux questions posées. En résumé, la technique suivie est la même que celle qui a été décrite au chapitre précédent, mais son application est désormais étendue au maximum d'infirmiers possibles, c'est-à-dire surtout aux chefs de pavillons (ou à l'infirmier qui le remplace), le passage dans leurs bureaux constituant un temps essentiel de la visite ritualisée. Mais, outre le médecin, le surveillant-chef, qui a plus de contacts directs avec les infirmiers, commence à utiliser les mêmes techniques.

Un exemple illustrera ce type d'intervention médicale. Lors d'une visite, dans le "bureau du chef" l'infirmier X. ..., qui, ce jour là, "remplace le chef", se plaint devant le médecin et sa "suite" (surveillant-chef, interne) de l'ergothérapie : "on n'a pas le temps de s'occuper de l'ergo, dit-il. Il y a les soins à faire".

Il semble évident que cet infirmier, d'une part souhaite profondément soigner les malades le mieux possible, mais d'autre part considère comme "soins" uniquement les soins biologiques, ne comprenant pas en quoi l'ergothérapie peut constituer également un traitement.

Le médecin se garde bien d'expliquer et quitte la pièce, pour y rentrer aussitôt, prendre l'infirmier par le bras et dire, en parlant non pas à l'infirmier X. ... mais aux autres : "X. ..., si un jour il comprend son métier, fera un excellent infirmier". Là-dessus, la visite s'en va, sans ajouter un mot.

Il serait trop long et fastidieux de multiplier les exemples à l'infini. Aussi, va-t-on voir maintenant l'évolution pavillon par pavillon.

II -

a) - AU PAVILLON n° 8 (les "agités") :

où, comme on l'a vu, un atelier de vannerie a été installé en Février 1966, un second atelier, de reliure, occupe, à partir d'Avril 1966, des malades schizophrènes.

Le matériel nécessaire a été "récupéré" en quelque sorte. Il s'agit d'un matériel propriété d'un malade âgé et depuis longtemps hospitalisé qui était entreposé dans un coin sans être utilisé.

Peu à peu, le nombre de malades occupés augmente, atteignant environ 50 % de l'effectif du pavillon (ceci en tenant compte des malades occupés à des tâches ménagères), tandis que, parallèlement l'agitation (qui peut, par exemple, être évaluée d'après le nombre de carreaux cassés) décroît, l'ambiance du pavillon se modifiant ainsi très nettement.

b) - AU PAVILLON n° 4 (les "gâteux") :

ce pavillon constitue, comme la 8, un lieu de rejet où sont envoyés les malades gâteux. Il s'agit de déments, de séniles, de paralytiques généraux, d'idiots, d'imbéciles, de débiles profonds, de vieux schizophrènes très "dégradés", d'infirmités moteurs cérébraux.

Pratiquement, ce pavillon est l'antichambre de la mort, aucune sortie ne se faisant de façon différente. Des doses importantes de neuroleptiques calment et rendent muets les malades les plus criards, tandis que les infirmiers se résignent à un travail monotone, fastidieux, sale, ne comportant pas de satisfaction.

Le seul fait d'intégrer le pavillon dans le circuit quotidien de la visite, manifeste l'intérêt que le médecin porte à ces malades là aussi. Si bien qu'il arrive aux infirmiers d'oser demander ce qu'on pourrait faire pour diminuer le gâtisme. C'est ainsi que, en Avril 1966, naît chez certains l'idée d'essayer de faire de l'ergothérapie.

Dans un dortoir (le pavillon, comme les autres est **surencombré** et il n'y a pas de locaux de jour) on resserre les lits, dégageant ainsi la place suffisante à l'installation d'une table qui bientôt sert à deux usages. D'une part, certains malades s'y essaient à confectionner de petits sachets pour la Pharmacie de l'Hôpital, d'autre part, les mêmes malades, qui peu à peu deviennent moins sales et moins gâteux, y prennent leur repas, échappant ainsi à l'odeur du réfectoire et s'y apprenant à se servir correctement de leurs couverts.

c) - LA PREMIERE :

est le pavillon le plus vaste du service, mais aussi le plus vétuste. Ancien "Pensionnat" (1), d'architecture très ancienne, plein de recoins, groupant autrefois environ 90 malades, il n'a gardé son lustre d'autan que de hauts plafonds, et une belle vue sur la Loire.

S'y entassent près de 200 malades, répartis dans les différentes catégories nosographiques, en majorité alcooliques, délirants, schizophrènes, débiles moyens hospitalisés depuis longtemps, transférés dans ce pavillon en raison de la chronicisation de leurs troubles ou des difficultés quasi-insolubles de réinsertion sociale soit en raison d'une rupture des liens familiaux, soit à cause du manque d'assistance psychiatrique extra-hospitalière convenable.

Il s'agit en quelque sorte d'un "fourre-tout", pavillon où sont mutés les malades ne posant pas trop de problèmes immédiats.

(1) Dans les pavillons autrefois appelés "Pensionnat" étaient groupés les malades les plus riches qui pouvaient bénéficier du régime de 1ère classe

Certains de ces malades pouvaient ainsi avoir le privilège d'occuper une grande chambre, pourvue d'un grand lit, d'une grande armoire, avec vue sur la Loire, et même y avoir leur poste de télévision personnel. Cela créait indiscutablement un nouveau système hiérarchique entre les malades d'un même pavillon. Pour certains de ces malades, ce mode de vie constituait un obstacle à la sortie, compte tenu qu'ils étaient là comme dans un super-hospice.

Le système des "classes" est parfois réapparu, plus récemment, dans les hôpitaux où avaient été implantés des "services libres" plus particulièrement luxueux et plus coûteux, où n'avaient accès que certaines catégories sociales de malades

Il n'est d'ailleurs pas possible d'agir autrement, ceci compte tenu de la pénurie d'infirmiers, déjà signalée. (En effet, dans la répartition du petit nombre d'infirmiers, on s'efforce d'atteindre un effectif sub-normal dans les trois autres pavillons du service, si bien qu'il n'en reste pas beaucoup pour la première).

Au total, donc, se trouvent en présence environ 200 malades et 4 à 5 infirmiers en service.

Le rythme de vie de ces malades, classiquement étiquetés "calmes, tranquilles, travailleurs" est très organisé, d'ailleurs en partie seulement par les infirmiers (ceci compte tenu de la disproportion numérique), et pratiquement par chaque malade lui-même.

Certains sortent régulièrement du pavillon pour participer aux "corvées" de l'Hôpital (buanderie, cuisine, boulangerie, maçonnerie, nettoyage, etc...), ce sont "les travailleurs". D'autres participent aux corvées intérieures du pavillon (nettoyage et vaisselle). D'autres font de menus travaux dans leurs chambres, pour leur propre compte (horlogerie, travaux intellectuels). Les autres enfin semblent végéter là, tournant dans la cour, et se groupant dans le couloir le matin, dans l'espoir d'apercevoir le médecin et de lui parler lors de son passage dans le pavillon.

Enfin, deux types d'échanges inter-humains existent dans ce pavillon, outre les échanges verbaux : échanges d'argent, sous forme de trocs clandestins (certains malades, par exemple, font du café "en douce", et le vendent), trocs dont pratiquement personne ne parle, et également échanges homosexuels, un peu moins clandestins, car nombreux, dont les infirmiers sont ennuyés et parlent souvent aux internes.

Pour toutes ces raisons, "la première" apparaît comme une "énorme machine", finalement très structurée sur un mode plus ou moins pathologique, et il semble bien difficile d'essayer de la modifier, quel que soit le désir qu'on en ait, sans provoquer des réactions imprévisibles au niveau des malades.

Cependant les infirmiers qui, grâce aux contacts réguliers qu'ils ont avec lui, ont senti cette opinion du médecin, mais qui, également souhaitent améliorer, moderniser, les conditions de vie des malades dans leur pavillon, s'en trouvent finalement plus ou moins abandonnés, se croient un peu considérés par le médecin comme des "bons à rien".

Si bien que, d'eux-mêmes, fin 1966, les infirmiers non seulement installent peu à peu des activités ergothérapiques qui vont progressivement occuper un nombre croissant de malades, mais également se mettent à faire l'école aux malades débiles ou âgés, ceci autour d'un tableau noir (1) sur lequel, le plus souvent, un malade copie un texte qui est ensuite reproduit par les autres sur leurs cahiers.

d) - AU PAVILLON d'ADMISSION :

Le pavillon d'admission ou "la deux", quelquefois appelé "l'infirmerie" vient d'être entièrement refait à neuf, c'est donc le pavillon le plus luxueux du service. Bien que d'architecture moderne, le maximum de place a été attribué aux locaux de nuit, si bien que les locaux de jour sont restreints à une salle de séjour de 20 m², un réfectoire, un atelier d'ergothérapie (dont on reparlera plus loin), et une cour (avec saut-de-loup). L'essentiel du pavillon est donc constitué de trois dortoirs, et de chambres à un ou deux lits. Pour chaque malade, seule "une chaise-table de nuit" permet le rangement de menus objets personnels.

(1) Le tableau noir constitue, en milieu psychiatrique, un support élémentaire des modes d'expression par le langage, écrit ou dessiné. En dehors de ce que le tableau noir contient pour la plupart des réminiscences bonnes ou mauvaises de l'enfance, il peut parfois ne servir qu'à l'expression d'un seul ou d'un petit groupe de malades, et parfois être utilisé à la manière d'un journal intérieur. Ici, il se trouvait utilisé dans son aspect classique du tableau noir pour faire la classe, et également comme moyen d'expression par le dessin pour certains malades.

Par la suite, les tableaux noirs se multiplieront dans le Service, étant très utilisés principalement à la 4 et à la 2.

Il n'existe aucun placard de rangement individuel pour les effets, etc...

"La deux" est, à cette époque, le seul pavillon du service où se fassent les admissions. Etant donné le rythme des entrées, le pavillon est donc toujours plein. En partie pour éviter le surencombrement, certains malades sont "mutés" de ce pavillon dans les autres, en particulier les malades dont le séjour risque de se prolonger, qui sont transférés selon leur état, soit à la 1ère, soit à la 4ème, et les malades "difficiles" à la huit.

Le rythme de vie dans ce pavillon est différent de celui des autres.

En effet, à l'entrée le malade est alité d'emblée. On procède à l'inventaire de ses affaires (qu'on lui retire en majeure partie), on prend sa température, sa T.A. et il est vu par l'interne de garde. L'accueil du malade est donc très imparfait. Dans les jours suivants, il reste encore alité, environ une dizaine de jours.(1)

Cette période d'alitement est appelée période d'"observation", pendant laquelle un infirmier, dit infirmier d'observation, note sur un cahier les remarques qu'il a pu faire concernant ce malade. Les notes de ce cahier sont retranscrites sur un cahier de "rapports" écrit par le chef de pavillon, cahier présenté chaque matin au médecin-chef par le surveillant-chef.

En général, à cette époque, les observations sont succinctes, consistant en un ou deux mots caractérisant le malade "calme, ou agité, confus ou lucide", l'alimentation, la température, la T.A. et les selles.

(1) Autrefois, de façon systématique, le malade restait toujours alité quinze jours, quel que soit son état. Cette absurdité semble être la conséquence du certificat de quinzaine.

La Loi du 30 Juin 1838 prévoit en effet que le médecin chef doit établir deux certificats destinés au Préfet, l'un dans les 24 heures de l'entrée, et l'autre 15 jours après l'entrée.

Lorsque cette période d'observation est terminée, le malade est autorisé à se lever, et vit alors dans les pièces de séjour. Par le jeu des mutations, seuls restent dans ce pavillon les malades en phase aiguë pour lesquels une sortie assez rapprochée semble pouvoir être envisagée, et ceux pour lesquels une mutation risquerait d'être très dangereuse. Quelques malades chroniques restent néanmoins au pavillon d'admission, ce sont les "bons malades", c'est-à-dire ceux qui aident les infirmiers dans les tâches ménagères, (en somme des sortes de "kapo").

Une impression de figé se dégage de cette petite société. Rares sont les malades qui ont une activité : "les kapo" et quelques malades qui vont à l'atelier d'ergothérapie, où on travaille essentiellement le rotin. (Cet atelier fait partie du pavillon, mais en est architecturalement un peu séparé, en ce sens qu'il faut traverser la cour pour y accéder).

C'était avant cette période l'ancien atelier unique du service où des malades provenant de tous les pavillons étaient envoyés. C'est peut-être en partie pour cette raison que l'atelier ne sera considéré comme faisant partie de "la deux" que bien des mois plus tard.

La grande majorité des malades reste inoccupée, passant la journée assis en rangs dans la salle de séjour. Quelques-uns lisent. Tous se lèvent à l'unisson quand le médecin-chef ou les internes entrent dans la salle.

L'univers des infirmiers est très hiérarchisé, et axé quasi-uniquement sur les soins biologiques. Le chef de pavillon est le seul traditionnellement qui assiste à "la visite". C'est lui qui organise l'équipe d'infirmiers, qui tient la caisse, les clés, distribue le tabac, contrôle le courrier. Il est presque le seul à avoir des contacts réguliers avec l'équipe médicale, et ces contacts restent distants et respectueux.

Les autres infirmiers diplômés assurent les soins biologiques et apprennent aux élèves à les faire. "La Deux" reste considérée par les infirmiers comme le pavillon noble, celui où des soins biologiques actifs permettant dans certains cas des sorties rapides de malades.(1)

Aussi les malades levés restent non seulement le plus souvent seuls, certains murés dans le silence, bien qu'un infirmier toujours présent les surveille, mais aussi inactifs car ici l'ergothérapie est considérée comme superflue puisqu'on fait "les soins" qui doivent permettre la sortie rapide. On sait que l'ergothérapie existe et est active dans d'autres pavillons, mais on considère cela comme une distraction pour les chroniques et non comme un moyen thérapeutique.

Dans ce pavillon, donc, le médecin passe tous les jours. Il doit en effet voir tous les malades entrants, les examiner, ceci dans un double but, thérapeutique d'une part, et administratif de l'autre, afin de rédiger le certificat immédiat. Cependant, même les jours, rares, où il n'y a aucun malade entrant à voir, le médecin passe à la deux, ceci afin de respecter l'historicité du service. Il est toujours accompagné du surveillant-chef, et souvent, les internes se joignent à eux après leur passage dans les autres pavillons du service.

(1) La prééminence des soins biologiques, de même que le sentiment d'importance des infirmiers de la deux par rapport à ceux des autres pavillons peuvent, peut-être en partie, être liés à l'angoisse des infirmiers devant la folie. C'est en effet à la deux qu'arrivent tous les malades entrants, et dans le système asilaire, c'est là seulement que le médecin passe tous les jours. On pourrait peut-être comprendre ainsi leur attitude : " Faisons le maximum de soins biologiques pour qu'ils soient vite guéris et s'en aillent, qu'on n'ait pas le temps de parler avec eux, qu'ils ne nous causent pas d'ennuis, et que ceux qui ne guérissent pas vite et nous gênent, nous angoissent par ce fait, soient mutés dans d'autres pavillons " et, par voie de conséquence : " On les soigne bien puisqu'ils guérissent, c'est donc nous les plus forts". D'ailleurs on voit le Docteur tous les jours. '

L'examen des malades a encore lieu le plus souvent dans le bureau du médecin, en présence du groupe surveillant-chef, chef de pavillon et internes. Cependant, il arrive au médecin d'exiger de voir seul certains malades, ou de confier aux uns ou aux autres de les voir séparément, le plus souvent à cette époque dans un but précis, par exemple rédaction d'une biographie détaillée. Cette dernière technique finit par faire prendre conscience à chaque membre du groupe de la nécessité du "colloque singulier" en psychiatrie, et aboutit au fait que les examens des malades en présence du groupe se raréfient progressivement.

Malheureusement, le passage fréquent du médecin dans le pavillon ne suscite aucune modification dans le rythme de vie du pavillon. Peut-être même cela confirme-t-il les infirmiers dans l'idée que c'est là que les meilleurs soins sont appliqués aux malades, qui restent pourtant inactifs, continuant à se lever quand on entre, etc. . .

Finalement, le médecin ne parvient pas à garder une attitude neutre, et à attendre que l'évolution se fasse d'elle-même, à son rythme propre. Excédé par tout cet immobilisme, il commet ce qui au regard de la psychothérapie institutionnelle peut paraître comme une erreur, c'est-à-dire que, régulièrement il récrimine auprès des infirmiers, du chef de pavillon en particulier, contre l'inactivité des malades, mettant aussi l'accent sur leur solitude profonde durant des heures entières.

Cela équivaut en quelque sorte à donner des ordres pour que ça change.

Bon gré, mal gré, les infirmiers se mettent alors à installer des activités d'ergothérapie dans la salle de jour, ce qui oblige à déranger les chaises et les malades qui y prenaient place habituellement.

Quelques malades, psychotiques en particulier, se mettent à faire là un peu de menuiserie élémentaire, les autres malades

s'asseyant sur les chaises restantes. Toutefois cet atelier est très fluctuant, apparaissant certains jours et disparaissant d'autres. Finalement, l'atelier disparaît tout-à-fait, l'organisation de la salle de jour se faisant sur un autre mode, tables entourées de chaises où s'installent des joueurs de cartes qui remplacent à la fois l'inactivité totale préexistante et l'atelier de menuiserie volant.

On peut donc considérer comme un échec la tentative d'installer un atelier d'ergothérapie dans la salle de jour, échec qu'il faut sans doute mettre sur le compte du "forcing" exercé par le médecin sur les infirmiers qui n'avaient à cette époque nulle envie personnelle d'installer cet atelier.

Les seuls résultats positifs, bien que médiocres, sont d'un côté le fait que la salle jour est devenue plus vivante par la présence des joueurs de cartes, que ceux-ci se parlent davantage à la faveur du jeu, et que, d'un autre côté, les malades ne se sentent plus obligés de se lever au passage du médecin. Il ne faut pas non plus négliger l'importance que cela peut avoir pour le malade entrant qui doit traverser la salle de séjour dès son arrivée. (1).

III -

Tandis que, comme on vient de le voir, s'effectuait dans tout le service une "mobilisation" du milieu" (OURY - Colloque d'ARTIGNY) - par l'introduction de l'ergothérapie, y a-t-il eu, parallèlement, une modification du "groupe médecin-surveillant-chef-internes" étudié au chapitre précédent ?

(1) Le médecin récrimine également contre le système du "caporalisme". Par un mécanisme analogue à celui précédemment décrit pour l'atelier d'ergothérapie, les anciens "bons malades" sont transférés à " la première " mais bientôt d'autres prennent leur place, sans que jamais, toutefois, l'ancien degré d'incrustation soit atteint.

D'une façon très schématique, on peut dire que dans le courant de cette période, le rituel de la visite en cortège disparaît, et est remplacé par une réunion du groupe, qui se constitue là en temps que tel, c'est-à-dire non pas une juxtaposition de personnes réunies dans une même pièce, mais un groupe qui dialogue, en fin de matinée.

Il s'agit donc, en fin de compte, de décrire la genèse de la toute première réunion du service.

Comme on va le voir, cette évolution se fait d'une façon très progressive, sans décision autoritaire, d'elle-même pourrait-on dire.

Parce qu'ils sont de l'ordre des modifications des rapports inter-humains, les facteurs qui ont induit cette évolution sont extrêmement complexes, embrouillés, et par conséquent peu descriptibles. Aussi, on tentera de dégager seulement quelques uns de ces facteurs.

D'abord, quand il arrive au médecin de se trouver sans sa suite dans le service, il ne manque pas de manifester au surveillant-chef et aux internes sa satisfaction d'avoir pu ainsi établir des contacts individuels avec les malades.

Une fois passée la première période de pénible vexation et d'anxiété, le surveillant-chef et les internes, ne sachant plus très bien quoi faire, se mettent eux aussi à fournir de plus en plus dans le service un travail autonome, tout en s'arrangeant pour que certains jours la visite soit reconstituée dans sa forme classique.

Le plus souvent persiste un simulacre de visite, à "la deux", en fin de matinée, qui, parfois, laisse place à une discussion sur les problèmes rencontrés au cours de la matinée.

Ensuite, la rédaction d'un article sur l'éthylisme donne matière à des réflexions en commun, à plusieurs reprises. C'est là, au cours de ces discussions que, d'une part, le groupe

commence à exister, et que, d'un autre côté le surveillant-chef et les internes comprennent l'intérêt des entretiens avec les familles des malades, et l'aspect thérapeutique de l'intégration des malades à ces entretiens.

Si bien que, dans une première période, le surveillant-chef et l'interne (1 et 2) assistent aux entretiens médecin-malades-familles, puis que, peu à peu, on fonctionne en trois bureaux, un tenu par le médecin, un par le surveillant-chef et un par l'interne.

En fin d'après-midi, ces trois personnes se retrouvent et font le point de leur travail de l'après-midi, ce qui amène, outre une diffusion des informations, une discussion sur tel ou tel problème. Là aussi le groupe continue de se constituer.

Dans la même période se situe la participation de l'interne au travail des Dispensaires (ce travail consiste essentiellement pour nous à revoir, soit seuls, soit avec leur famille, des malades sortis du service). L'interne assiste d'abord aux entretiens avec le malade dans le bureau du médecin, puis assure ensuite un travail autonome dans un bureau voisin.

Parallèlement, dans le service, chacun assure de plus en plus un travail individuel. Chacun part de son côté le matin et on se retrouve à la deux en fin de matinée. Les vestiges de la visite disparaissent peu à peu pour faire de plus en plus souvent, puis tous les jours, place à une discussion sur le travail de la matinée, sur les problèmes non résolus.

(1) Depuis septembre 1965, les familles étaient régulièrement reçues par le médecin mais jusque-là seul le surveillant-chef y assistait.

(2) Il n'y a plus à ce moment qu'une interne dans le service.

C'est ainsi que, quelques semaines après, le médecin n'a plus qu'à constater l'existence de la "réunion de midi" qui du même coup reçoit sa dénomination et s'officialise.

Progressivement, au cours de cette réunion, le groupe qui existe s'organise en "groupe de direction". En effet, on n'y discute plus seulement de tel ou tel problème posé par les malades. Les décisions à prendre, soit à propos de certains malades,

soit à l'échelon du service, qu'il s'agisse de décisions concernant l'ensemble du personnel, ou l'ensemble des malades, sont discutées et prises en commun, et non plus seulement, comme autrefois, par le médecin-chef seul.

C'est ainsi que, par exemple, dans le courant de l'année 1966, le groupe décide de proposer un stage dans les différents pavillons du service à un nouveau chef de pavillon anciennement infirmier dans un autre service.

Le but de ce stage était, d'une part de "mettre dans le bain" aussi rapidement que possible ce nouveau chef de pavillon, et d'autre part d'introduire dans le service une cassure dans le système hiérarchique. En effet, comme on l'a vu plus haut, ce système hiérarchique persiste, parmi les infirmiers, et à l'échelon du pavillon, le chef est celui qui jouit du maximum de prérogatives, ce qui bloque toute initiative de la part des autres infirmiers. Faire effectuer un stage préliminaire comme simple infirmier à un chef devait nécessairement remettre en cause la puissance du chef. Mais cela même devait inciter à la prudence, afin de ne pas provoquer dans l'ensemble du service des réactions trop vives et mal contrôlables. Si bien que, après plusieurs réunions de midi où ce sujet est discuté, la décision prise en commun est de proposer à ce chef de pavillon un stage, dont le principe et les modalités seront à discuter avec lui.

Finalement, ce chef comprend fort bien tous ces problèmes et accepte de faire ce stage.

Donc, pour résumer, à partir de Mai-Juin 1966, la "réunion de midi" a lieu de façon régulière. Le groupe y étudie en commun les problèmes individuels des malades ainsi que les problèmes généraux du service, et y prend en commun les décisions qui s'y rapportent.

C'est donc à cette réunion que sont analysées les modifications du milieu suscitées par l'introduction et le développement de l'ergothérapie.

Ainsi, après une période d'effervescence ergothérapique où le service donne l'impression d'être vivant et animé, on constate début 1967 que le nombre des malades occupés est de plus en plus restreint, tandis que les vieilles routines réapparaissent. De ces symptômes se dégage une impression de profonde stagnation et même, parfois, de régression, par exemple à la huit où les malades recommencent à tourner dans la cour, tandis que d'autres passent des heures soit affalés sur des bancs, soit couchés par terre, soit assis seuls dans une pièce, et où les infirmiers retrouvent "la manière forte".

Il est donc bien évident que l'ergothérapie, peu à peu devenue elle-même routine, pour finalement presque cesser d'exister, ne suffit plus à mobiliser le milieu et que, en conséquence, de nouvelles techniques sont nécessaires pour modifier à nouveau tout cela.

Aussi, décide-t-on à ce moment d'introduire la technique des réunions d'infirmiers, en commençant par le pavillon où la régression est la plus importante, c'est-à-dire à la huit, avant de l'étendre plus tard à tout le service.

Comme on peut le constater, c'est le groupe de direction qui cette fois décide d'imposer une nouvelle technique, tout au moins pour les premières réunions. Dans ce cas particulier, il n'était pas possible de préparer le milieu et d'attendre que ces réunions naissent d'elles-mêmes, pour deux raisons, d'une part aucun des infirmiers n'avait connaissance de cette technique, et d'autre part, trop attendre faisait courir un risque de grave régression au service.

CHAPITRE IV

LE DEBUT DES REUNIONS d'INFIRMIERS (Mars à Juin 1967)

Comme on vient de le voir, c'est devant la régression des activités ergothérapeutiques que le "groupe de la réunion de midi" décide d'introduire dans le service la technique des réunions d'infirmiers, dont on étudiera dans ce nouveau chapitre la période de début, qui se situe approximativement de Mars à Juin 1967.

Il faudra donc envisager en parallèle :

- d'un côté le déroulement des réunions,

et d'un autre côté les activités dans le service afin de dégager si, et dans quelle mesure cette nouvelle technique a apporté des modifications des activités.

On envisagera donc, dans une première partie, le déroulement des réunions qui ont lieu deux fois par mois et par équipe (1) et durent une heure.

(1) Le rythme de deux réunions par mois et par équipe a été choisi en fonction de divers facteurs : nombre d'infirmiers, horaires de travail en 3 x 8, nombre de jours occupés par les Dispensaires, etc

PREMIERE PARTIE : LE DEROULEMENT DES REUNIONS

Faire le récit du déroulement des réunions amène à distinguer deux groupes de pavillons.

On pourrait pour cela se baser sur l'ordre chronologique du début des réunions, car, ainsi qu'on l'a vu plus haut, c'est dans un seul pavillon, "la huit", qu'ont eu lieu les premières réunions, tandis qu'elles n'ont commencé ailleurs que quelques semaines après. On pourrait donc étudier séparément les réunions de la huit et les réunions des autres pavillons.

Cependant cet écart, bien qu'ayant sans nul doute entraîné des retentissements à l'échelon du service, n'est pas particulièrement significatif. Il met surtout en évidence le souci de ne pas "surcharger" le surveillant-chef et l'interne qui n'ont pas l'habitude de ce type de réunions. Pour cette raison, il était donc préférable de commencer dans un seul pavillon, et "la huit" avait été choisie en fonction du maximum de régression.

Par contre, plus significatif apparaît le contenu des réunions, qui rapproche les uns des autres les pavillons de "chroniques", c'est-à-dire la huit, la première et la quatre, et isole le pavillon d'admission.

C'est donc sur cette distinction entre pavillons de chroniques et pavillon d'admission qu'on se basera pour faire ici le récit d'une observation clinique, réservant l'interprétation de cette distinction à la partie discussion.

I - DANS LES PAVILLONS DE CHRONIQUES :

Les réunions dans ces trois pavillons intéressent donc au total six équipes. Elles ont lieu, comme dit plus haut, deux fois par mois et par équipe. Il faut distinguer ce qui se passe lors de la

première réunion de ces équipes, et aux réunions suivantes.

A - LORS de la PREMIERE REUNION :

y participent tous les infirmiers de l'équipe intéressée (des infirmiers des autres pavillons venant en remplacement pour la durée de la réunion), le médecin, le surveillant-chef et l'interne. Tout le monde s'assied dans un bureau, puis c'est le silence, qui se prolonge. Tout le monde se regarde, l'air très embarrassé.

Le médecin dit alors "je vous écoute". Les infirmiers se mettent à parler, surtout pour dire leur gêne, leur embarras, qu'ils ne savent pas quoi dire, qu'ils n'ont pas l'habitude de telles réunions.

Les paroles sont rares, coupées de silences.

Le médecin intervient alors pour prendre acte de leur inexpérience en la matière, et leur demander s'ils veulent faire d'autres réunions. Les infirmiers parlent plus librement, le thème presque exclusif de leurs propos étant que des réunions permettraient de mieux se connaître réciproquement, qu'ils sauraient mieux ce que veut le médecin.

Ce dernier précise alors nettement qu'en matière de réunions, il veut des réunions où n'importe qui puisse mettre n'importe quoi à l'ordre du jour, et où, sur un sujet donné, n'importe qui puisse dire n'importe quoi.

Après que cette formule ait été plusieurs fois répétée, qu'il ait été précisé que les termes n'importe qui et n'importe quoi devaient être pris à la lettre, les infirmiers acceptent le principe de telles réunions et on fixe la date de la prochaine rencontre.

B - AUX REUNIONS SUIVANTES :

Les réunions commencent par l'élaboration commune de l'ordre du jour. Une personne est désignée (le plus souvent l'interne

ou le surveillant-chef) pour présider la réunion, c'est-à-dire surtout pour faire respecter l'ordre dans lequel les personnes présentes manifestent d'une façon ou d'une autre le désir de parler. Différents sujets sont mis à l'ordre du jour, par les infirmiers, le médecin, lui, ne mettant rien.

C'est ainsi que certains thèmes sont très souvent retrouvés et discutés en commun. Avant de parler d'un thème presque toujours retrouvé en cours de discussion, celui des sanctions, on énoncera rapidement les autres :

- l'idée de faire faire des promenades aux malades hors des pavillons, dans l'enceinte de l'hôpital, peut-être même à l'extérieur de l'hôpital ;
- l'étude du cas de certains malades hospitalisés depuis longtemps et des perspectives de sortie ;
- le problème de la gestion des bénéfices de l'ergothérapie ;
- le problème des couples de malades homosexuels ;
- l'insuffisance de l'effectif du personnel.

Tous ces thèmes sont largement discutés, mais presque toujours à partir d'un de ces sujets, la discussion, qu'on laisse évoluer au gré des infirmiers, en arrive au problème des sanctions administratives encourues par les infirmiers en cas d'incident, et tout particulièrement en cas d'évasion.

Chaque fois quelques infirmiers font le récit des avertissements et des blâmes récoltés dans un passé encore récent, à l'occasion du moindre incident, et il est facile de s'apercevoir à quel point la crainte de telles sanctions est ancrée dans l'esprit des infirmiers. Parallèlement à ces récits une sorte de revendication est formulée : "que le médecin nous donne l'assurance qu'il ne fera jamais sanctionner un infirmier".

C'est ainsi que lors d'une réunion à la première, c'est le thème du "rôle de l'infirmier en cour" qui ouvre la discussion sur le problème des sanctions. Les infirmiers disent "l'infirmier de cour fait un travail plus intéressant et plus thérapeutique s'il parle avec certains malades, s'il s'occupe avec d'autres, mais alors, que se passerait-il en cas d'évasion".

La discussion continue mais bute sans cesse sur ce problème. Un des infirmiers présents, chef de pavillon (délégué syndical) finit par poser directement et violemment la question au médecin "Docteur, nous donnez-vous l'assurance que jamais, en aucun cas, un infirmier ne sera sanctionné". Le médecin ne répond rien, puis de nouveau sollicité finit par dire qu'il ne faut pas mélanger syndicalisme et travail d'infirmier, que, par ailleurs une réunion ne doit pas être un monologue mais un dialogue, tandis que la réunion se termine.

Le sort veut que quelques jours après un malade débile, s'évade, alors que le travail infirmier était très correctement assuré. Le rapport obligatoire écrit par le médecin porte la mention qu'aucune faute professionnelle n'est à relever contre les infirmiers alors en service.

Par la suite, le problème des sanctions ne sera plus discuté de la même façon dans les réunions, on en parlera encore, mais sur un mode plutôt anecdotique.

II -

Après avoir envisagé les réunions dans les pavillons de "chroniques" il faut maintenant étudier comment se passent AU PAVILLON d'ADMISSION les réunions, qui intéressent deux équipes.

Elles se situent dans la même période et ont lieu au même rythme qu'ailleurs.

La première réunion se déroule dans un silence épais. A la question "qu'est-ce que vous attendez des réunions ? ", seul répond le silence, à tel point qu'on établit un tour de parole afin que chacun des présents donne son avis.

L'atmosphère des réunions suivantes est peu différente, on y retrouve de longs silences, de la gêne. L'ordre du jour s'établit lentement, difficilement, comme s'il n'y avait presque pas de problèmes à discuter.

De même, le contenu des propos exposés lors de la première réunion et lors des suivantes est sensiblement analogue.

On se contentera d'extraire et de citer ici quelques unes des phrases dites par les infirmiers :

- "moi, je ne suis qu'un élève, je n'ai rien à dire"
- "il n'y a pas assez d'infirmiers diplômés"
- "l'infirmier diplômé sait"
- "ici ce sont les soins (biologiques) qui comptent"
- "les malades doivent prendre leurs médicaments, c'est le traitement, il faut les soigner",
- "je ne peux rien dire, je ne suis pas médecin, j'attends les ordres"
- "les infirmiers du pavillon d'admission savent mieux que ceux des autres pavillons faire les soins (biologiques)"
- "ce n'est pas la place des malades âgés au pavillon d'admission. Les gâteux et les agités perturbent le pavillon. Il faut les muter"
- "la porte du pavillon d'admission devrait être ouverte. Pour cela il faut muter les malades gênants"
- "il faut des lits "barcots" pour les malades agités"
- "on ne peut pas forcer les malades à travailler à l'ergo, ils sont là pour se soigner".

Telles sont donc les premières réunions dans les deux groupes de pavillons.

DEUXIEME PARTIE : LES ACTIVITES dans le SERVICE

Après avoir fait le récit du déroulement des premières réunions, il faut maintenant envisager les activités dans le service pendant la même période. Ici également, on se contentera de faire une observation.

I - AU PAVILLON d'ADMISSION, il y a peu de changements. La plupart des malades sont inoccupés. L'atelier de menuiserie "volant" continue d'apparaître et de disparaître de la salle de jour, qui reste en quelque sorte le fief des joueurs de cartes.

Cependant, sur l'initiative d'un infirmier, un atelier de poterie en plâtre est parfois installé dans la cour et occupe quelques malades.

Malgré l'apparence générale de stagnation, c'est au cours de cette période que les malades et plus particulièrement les psychotiques, commencent à parler librement aux médecins de leurs symptômes, hallucinations, idées obsédantes, etc... Par exemple, tel malade schizophrène, occupé à l'atelier de menuiserie volant aborde le médecin à son entrée dans le pavillon "ce matin, ça ne va pas, Docteur, j'entends qu'on parle de moi à la radio, ça me fait mal dans la tête, et puis j'ai envie de donner mes yeux".

II - DANS LES PAVILLONS de CHRONIQUES, on constate, dans l'ensemble, une reprise des activités, avec apparition de nouvelles formes d'occupation des malades.

C'est ainsi que, à la première, l'atelier de vannerie et l'école occupent toute la salle de jour. En ce qui concerne l'école, les infirmiers, qui ont apporté des livres, font la classe, et parviennent ainsi à occuper un bon nombre de malades surtout débiles et séniles chez qui, pour certains d'entre eux, cette forme d'occupation suscite un véritable enthousiasme. Assis tôt le matin devant le tableau

(alors qu'ils passaient auparavant la matinée écroulés dans des fauteuils) ils attendent impatiemment l'infirmier qui va leur faire la classe et montrent ensuite avec fierté leurs cahiers.

De même, la décision prise par les infirmiers d'installer un vestiaire pour les malades permet d'occuper un certain nombre d'entre eux. Le développement des activités ne se limite pas au côté ergothérapie. En effet, les infirmiers organisent également des promenades de malades, à l'intérieur de l'hôpital.

A la quatrième, les infirmiers essaient de trouver des formes d'occupation susceptibles de convenir à leurs malades. Après avoir remplacé une rangée de lits par de grandes tables, ils installent un groupe de malades autour de celles-ci avec des revues illustrées.

Certes, peu de malades lisent, mais la plupart s'intéressent aux images. Tel vieux schizophrène sort de son mutisme, semble se réveiller et c'est lui qui écrit les légendes des images dessinées à la craie sur les tableaux noirs (installés également à cette époque) par quelques jeunes débiles.

Un infirmier essaie de faire l'école. Mais cette tentative doit être peu après abandonnée, faute de moyens adaptés aux malades.

Enfin, un atelier de menuiserie est créé, occupant deux ou trois malades.

A la huit, c'est également un atelier de menuiserie qui est installé dans une salle de jour, après maintes discussions sur la possibilité ou non de mettre dans les mains des malades des outils susceptibles d'être dangereux. Finalement, l'atelier fonctionne très activement. On fabrique à cette époque des petits placards "têtes-de-lits" qui seront par la suite posés au-dessus de chacun des lits des dortoirs, permettant le rangement des menus objets personnels, et des placards-penderie qui iront ensuite meubler quelques chambres de la "deux".

Là aussi, comme à la première, les infirmiers se mettent à organiser des promenades de malades à l'intérieur de l'hôpital. Ce fait revêt ici une importance particulière, du fait que ces malades, autrefois étiquetés dangereux étaient condamnés à ne pas sortir hors de leur pavillon, mis à part quelques "bons malades" qui aidaient à faire les courses.

Les écuelles en aluminium font place à des couverts normaux.

Enfin, après avoir vu le jour à la première, c'est à la huit que les activités de "post-cure" deviennent florissantes. Des infirmiers aident certains malades isolés, susceptibles de sortir, à trouver des places, un logement, et gardent ensuite contact avec eux, allant (pendant leurs heures de loisirs) leur rendre visite, les aidant à résoudre certaines difficultés, les persuadant parfois de revenir à temps en cas d'échec.

Voici donc schématiquement décrit le développement des activités dans chacun des pavillons, pendant la période du début des réunions.

Cependant, un événement mérite d'être cité à part, car il intéresse l'ensemble du service, et, par ailleurs, il se situe à la fin de cette période, en Juin. Il s'agit de l'organisation d'un déplacement en autocar en vue d'assister au départ du Tour de France.

Cinquante places sont allouées au service. Contrairement aux usages antérieurs, le surveillant-chef refuse de faire lui-même la liste, traditionnelle dans ces cas là, d'environ 48 "bons malades" et deux infirmiers accompagnateurs. Il en parle aux infirmiers dans les pavillons et leur laisse l'initiative de faire eux-mêmes leurs listes.

Finalement, les listes remises donnent quarante cinq malades et cinq infirmiers, et, parmi les malades, un certain nombre

de grands malades qui ne sont pas sortis de l'hôpital depuis des années, (environ vingt ans pour l'un d'eux), malades de la première et de la huit essentiellement.

Il faut noter, à propos de cette sortie extérieure organisée, d'une part, qu'il n'en a pas été du tout question dans les réunions, d'autre part, que le médecin n'est pas intervenu, sauf pour signer les listes, et qu'enfin, elle s'est passée très bien.

Tel est donc le récit de la période du début des réunions d'infirmiers. Comme on vient de le voir au fil de cette observation clinique, de nettes différences apparaissent entre le pavillon d'admission et les autres pavillons.

Dans le premier, on se tait surtout, et si on parle c'est pour vanter la valeur absolue des soins biologiques et de la hiérarchie des castes, pour dire qu'ici on sait soigner les vrais malades mieux qu'ailleurs puisqu'on sait faire les soins biologiques.

Dans les autres, on a envie de parler des malades, on se préoccupe du mieux-être, de préparer des sorties difficiles, de mettre en place des moyens thérapeutiques occupationnels.

Enfin, dans le domaine des activités, si celles-ci sont ébauchées au pavillon d'admission, de nouvelles réalisations voient le jour ailleurs où se manifeste même parfois une certaine effervescence ergothérapique.

CHAPITRE V

Au terme de la période qui vient d'être décrite, on trouve donc en présence différents éléments qui paraissent, localement, susceptibles de fournir une base de psychothérapie institutionnelle, et qui sont :

- un "collectif" de direction : médecin - surveillant-chef - interne, avec sa réunion de midi
- des réunions d'infirmiers
- des activités ergothérapeutiques et sociothérapeutiques pour les malades.

Comme on l'a vu, aucun des éléments n'existait au départ.

On doit donc considérer que l'évolution dans le sens de la psychothérapie institutionnelle est commencée, et que la période de début, sujet de ce travail, est terminée.

Cependant, pour étayer cette constatation, il paraît nécessaire d'envisager rapidement ce qu'il advient de tout cela dans les mois qui suivent, jusque fin 1968.

En effet, on peut penser que de nouveaux blocages sont susceptibles de se produire, ou bien que, n'ayant pas évité l'écueil d'une fixation au dernier stade décrit, on n'a réussi qu'à superposer une nouvelle structure aliénante à la structure préexistante. En fait, l'évolution va continuer au cours des mois suivants, les acquis persistant et s'augmentant.

On envisagera très rapidement ce qu'il y a eu de nouveau durant cette période.

C'est tout d'abord une *modification des horaires de travail* pour deux infirmiers, qui acceptent de travailler en deux x quatre afin d'assurer une coordination interpavillonnaire et inter-équipe, donc sur l'ensemble du service.

Cette modification dans leurs horaires et leur mode de travail ne leur est pas imposée de but en blanc, mais est discutée avec eux au cours de plusieurs réunions. Leur nouveau mode de travail permet de faire une brèche dans le système de cloisonnement étanche des équipes.

Ils prennent progressivement part à la réception des feuilles le Jeudi après-midi, tandis que leur participation à la réunion de midi permet l'élargissement de celle-ci.

Le *réseau des réunions* se trouve également modifié, en particulier par l'apparition des réunions interpavillonnaires, réunions où les infirmiers discutent de leurs problèmes communs. Animés par les deux infirmiers-coordonateurs, elles ont lieu deux fois par semaine et par équipe.

L'existence de ces réunions permet, par exemple, que se règlent, fin 1967, les derniers problèmes qui se posent à propos de la notation annuelle, notation qui avait été le sujet quasi-exclusif des réunions d'infirmiers pendant tout l'été, ce qui montre bien l'importance de ce problème.

Une réunion interpavillonnaire par semaine et par équipe est consacrée aux problèmes de post-cure.

En ce qui concerne le contenu des réunions de pavillon, en général, on assiste à un rapprochement entre le pavillon d'admission et les autres pavillons.

Tandis que ces modifications ont lieu, le *domaine des activités* subit une importante extension.

- Des activités ludiques apparaissent, dans tous les pavillons, jeux de boules, jeux de palets, volley-ball, concours de belotte, jeux de ping-pong à la première, la deux, la huit, jeux de quilles et de volley-ball à la quatrième.

- L'Ergothérapie s'étend, à "la première" principalement, où de nouveaux ateliers sont installés : un atelier de menuiserie très actif dans une salle où s'entassaient auparavant les joueurs de cartes, des ateliers temporaires qui se succèdent les uns aux autres, peinture de tables et de chaises, fabrication de sachets en papier pour la protection des fruits, atelier de nivellement de la cour, de jardinage, atelier de tri de la laine et du crin de matelas usés.

A "la deux", l'atelier de menuiserie devient plus actif, l'ergothérapie semble mieux comprise comme partie du traitement.

A "la huit", la reliure et la menuiserie continuent tandis que, comme à la première, la fabrication de sachets occupe temporairement des malades, surtout âgés. Un salon de lecture est aménagé, avec une petite bibliothèque encore rudimentaire.

A "la quatrième", les bancs de la cour sont repeints, on installe une salle de télévision et de parloir, un petit salon pour les malades âgés, après qu'aient été fabriqués sur place tables et fauteuils. Plus récemment, un atelier de vannerie et de remise en état des tables et chaises métalliques occupe dans la journée la salle de télévision.

- Parallèlement, des sorties à l'extérieur de l'hôpital sont organisées dans tous les pavillons. Il s'agit de promenades effectuées dans un but déterminé (aller voir tel chantier en cours, aller faire des courses dans le village), groupant un nombre restreint de malades et un nombre suffisant d'infirmiers, ce qui permet parfois, de réaliser "l'accrochage" de tel ou tel malade.

A "la deux" on inaugure une nouvelle activité de groupe, la gymnastique, à laquelle s'associe bientôt "la première". Les infirmiers s'occupent seuls de l'organisation complète de cette activité, à laquelle prennent part essentiellement des malades psychotiques.

La post-cure, effectuée par les infirmiers, prend de l'extension. A cette occasion, les infirmiers prennent plus clairement conscience des difficultés rencontrées à la sortie et après celle-ci pour le malade isolé, névrosé, débile. Cette prise de conscience les aide à mieux préparer le malade à la sortie, surtout le malade qui a fait un long séjour à l'hôpital. Quelques sorties difficiles ont pu ainsi être effectuées dans de très bonnes conditions.

Enfin, deux formes nouvelles d'activités sont apparues depuis quelques mois seulement. Il s'agit d'abord de la gestion du Foyer de malades, depuis l'ouverture de celui-ci. Cette gestion, confiée au service pour une année, permet d'occuper à l'entretien du foyer, et au service du bar, une équipe de malades au sein de laquelle quelques grands malades. Cette gestion permet aussi l'organisation de bals "thérapeutiques" dont on a pu constater l'aide efficace qu'ils apportent au traitement de certains psychotiques. L'importance de ce seul lieu non clandestin de "rencontres" hétérosexuelles, certes contrôlées, ne semble pas devoir être plus amplement soulignée, non plus que l'aspect resocialisant.

Enfin, dernière activité créée, un journal de malades, tapé à la machine et diffusé dans le service, publie intégralement des articles écrits par les malades. Créé à "la première" sur l'initiative d'un groupe de malades et d'infirmiers, ce premier journal a très rapidement trouvé un écho dans les autres pavillons.

Ainsi qu'on vient de le voir, les activités ergothérapeutiques et autres sont alors en net progrès depuis Juin 1967.

Il faut signaler à part deux constatations qu'on a pu faire depuis cette époque également.

En premier lieu, il s'agit de la disparition des grabataires à la "quatrième", où désormais on lève tous les malades. Ceux qui ne peuvent être complètement levés sont néanmoins habillés et assis dans des fauteuils. Ce fait contribue à donner un aspect humain à ce pavillon, et joue certainement un rôle dans l'amélioration de certains malades, qui ne sont plus seulement objets de "nursing", mais peuvent mieux se comporter en êtres humains. Il y aurait sans doute des rapprochements à faire entre l'apparition et l'extension de l'ergothérapie, à la quatrième, le fait que les malades sont tous levés, et la diminution du gâtisme dans ce pavillon.

Par ailleurs, on assiste à l'extinction progressive de l'agitation en général, dans l'ensemble du service. De multiples facteurs semblent jouer là aussi, entre autres les différentes activités possibles pour le malade lui offrant ainsi à la fois des moyens d'expression autres que les coups, les bagarres, les bris d'objets, et l'occasion de nouer des contacts avec les infirmiers à propos de situations définies, mais aussi, par ailleurs, une meilleure approche psychothérapique de la part des infirmiers.

TROISIEME PARTIE

Au terme de l'observation qui vient d'être présentée, il convient donc maintenant d'aborder la discussion de quelques points particuliers de notre travail, points qui apparaissent propres à guider notre conclusion.

CHAPITRE I

C'est ainsi que l'on abordera, en premier lieu, le problème de savoir si cette observation s'inscrit bien dans la ligne de la psychothérapie institutionnelle.

- a) - En effet, les objections possibles ne manquent pas. Tout d'abord, on a pu remarquer qu'il n'y a pas de Club, alors que, ainsi qu'il a été dit dans le chapitre consacré à la

description de ce que l'on entend par psychothérapie institutionnelle, il s'agit d'une institution capitale "pièce maitresse" ainsi que l'a qualifiée le Dr OURY.

De même, malgré l'intérêt, encore vague certes, manifesté par les infirmiers pour le problème de la gestion des fonds de l'ergothérapie, il n'existe aucune organisation à visée thérapeutique des échanges d'argent et de marchandises tels qu'ils ont été étudiés et décrits en particulier par RACINE à Saint-ALBAN et par COLMIN à CLERMONT-de-l'OISE. Il n'est peut-être pas inutile de citer ici, pour être bref, les conclusions de la thèse de COLMIN :

- " 1° - L'existence d'un réseau d'échanges de marchandises et d'argent est un élément indispensable dans la structuration institutionnelle du milieu psychiatrique, cette structuration visant à lutter contre la nocivité de tout groupement, et à le transformer en milieu "hospitalier".
- 2° - Pour permettre le fonctionnement de ce réseau, certaines institutions nous semblent primordiales. Ce sont .
 - la cantine
 - le système bancaire
 - l'existence d'un système de rémunération du malade.
- 3° - Afin de pouvoir utiliser ce système, deux conditions nous paraissent devoir être réalisées :
 - 1 - Qu'au moins une partie importante des échanges soit gérée par les malades, réunis en un Club.
 - 2 - Qu'à tous les niveaux, l'équipe soignante soit en mesure de contrôler en permanence les échanges, en vue d'obtenir la maîtrise psychothérapique.

4° - L'essentiel de la valeur thérapeutique d'un tel réseau nous paraît résider dans les possibilités qu'il amène d'échanges de langage et de contacts affectifs entre les membres - soignants et soignés du milieu psychiatrique. A ce titre apparaissent comme très utiles :

- l'existence de réunions de répartition d'argent entre les malades,
- la participation des malades à la gestion d'un Fonds de solidarité."

De tout cela il découle que les échanges de langage, auxquels font gravement défaut ces motivations, ces supports, ces prétextes, et qui sont pourtant au coeur de toute entreprise psychothérapique, sont encore rudimentaires, limités, dysharmonieux, d'un lieu à l'autre, d'une période à l'autre.

b) - Mais alors, pourquoi n'avoir pas mis en place d'emblée ces structures, qui semblent si capitales, et qu'en est-il au juste de notre travail ?

Mettre en place d'emblée des structures aussi complexes dans un milieu asilaire tel qu'il a été décrit, eut été, pensons-nous, à l'opposé de la démarche d'institutionnalisation.

En effet, la psychothérapie institutionnelle ne consiste pas en l'application de "recettes" ou de techniques. Ce qui paraît compter le plus, ce sont quelles sortes de conceptions ont guidé la mise en oeuvre de ces techniques, que ces dernières soient les agents d'un processus où soient respectées les notions d'historicité, de processus inconscients.

Pour étayer ces propos, on citera GENTIS et TORRUBIA :
"il serait en effet désastreux pour la psychothérapie institutionnelle que d'aucuns en viennent à l'identifier avec les méthodes pratiques et particulières qu'elle a mises au point. On peut, si les conditions concrètes n'y incitent pas, faire de la "psychothérapie institutionnelle" sans club thérapeutique (...). On peut partout, et cela se voit malheureusement, créer des "clubs thérapeutiques" ou prétendus tels qui n'aient rien à voir avec la psychothérapie institutionnelle. Un "Club thérapeutique" ... peut très aisément, si l'on n'y prend garde, devenir à son tour un instrument d'oppression et une structure véritablement anti-thérapeutique".

... Celle-ci (la psychothérapie institutionnelle)(1) se veut avant tout psychothérapique et, en tant que telle, elle doit, tout comme une cure individuelle, s'inventer dans chaque cas concret une nouvelle stratégie et parfois même des méthodes inédites.

... Pour schématiser, notre pratique se fonde sur :
- d'une part l'analyse permanente de notre milieu de travail ("milieu" étant entendu dans un sens très extensif, impliquant par exemple les dispositions légales et réglementaires qui régissent ... les conditions de notre action),
- et d'autre part sur l'invention, la mise au point et l'application des mesures institutionnelles propres à faire évoluer ce milieu.

... Mais surtout elle (cette tâche) (1) demande, comme répètons-le toute psychothérapie, que nous sachions écouter et que nous sachions répondre là où il faut, quand il faut et dans le sens où il faut". (2)

(1) Ajouté par nous.

(2) Drs GENTIS et H. TORRUBIA : Notes sur la Psychothérapie Institutionnelle en 1968.
Information Psychiatrique 1969 Vol. 45 n° 2

Pour plus de clarté, on n'envisagera pas ici, mais dans un prochain chapitre, certains points particuliers de la stratégie suivie.

Quant aux résultats, quels sont-ils ?

C'est en premier lieu, et essentiellement, dans le fond, l'avènement à la position de sujet des infirmiers vis-à-vis du médecin, ou plutôt, (car ce serait faire entorse à la vérité de dire qu'il suffit qu'on aménage aussi bien que possible les conditions pour que n'importe quel individu puisse se reconnaître comme sujet, pour que cet individu se situe aussitôt comme sujet) l'avènement à la position de sujet de certains infirmiers, et la possibilité constante pour les autres de s'y situer.

Cela en effet paraît essentiel, si l'on rappelle de nouveau ici que "le mode de relation qui existe entre le groupe des médecins et le groupe des infirmiers se transmet tel quel entre le groupe des infirmiers et le groupe des malades". (OURY- Congrès de Zurich 1957).

Ainsi se trouvent réalisées les conditions préalables à la mise en train d'un mouvement semblable entre infirmiers et malades, qui, d'ailleurs, s'ébauche parallèlement.

En second lieu, il faut peut-être retenir, tout en les distinguant, deux aspects des modifications induites dans le service par les techniques "d'activation" du milieu.

C'est d'abord l'aspect le plus apparent, c'est-à-dire un certain degré d'humanisation du service. Citons, par exemple, l'apprentissage pour certains malades du pavillon des gâteaux à se servir

convenablement de leurs couverts, à table, alors qu'auparavant ils mangeaient avec les mains, l'effort énorme fourni par les infirmiers de ce pavillon pour tenir aussi propres que possibles leurs malades, pour les lever. De même les promenades organisées à l'intérieur de l'hôpital, puis à l'extérieur, en particulier pour les malades du pavillon des agités et du pavillon des gâteux. De même la non-limitation des jours de visites des familles. De même l'apparition de couverts normaux et de serviettes de table à "la huit", et l'installation de postes de télévision dans tous les pavillons. On pourrait trouver maints autres exemples.

Mais cet aspect humanitaire n'est ici qu'un effet, certes non négligeable, de la mobilisation du milieu provoqué par le jeu des différentes techniques visant à rendre le service dans son ensemble plus thérapeutique.

Une promenade par exemple, a bien un aspect apparent humanitaire, mais le but recherché n'est pas seulement là, c'est surtout, quand elle se veut thérapeutique (par exemple, aller visiter le nouveau pont sur l'Authion), un ensemble de circonstances qui permettent aux infirmiers et aux malades de bavarder d'une autre façon que dans le service, pratiquement d'égal à égal, chacun étant là un peu dépouillé de son rôle.

Il en va un peu de même pour l'ergothérapie. Ces techniques provoquent une certaine effervescence dans chaque pavillon, l'intérêt de chacun est mobilisé. Tout cela a une valeur soignante.

On a vu cependant que, après une certaine période d'effervescence, l'ergothérapie ne "marchait" plus, que les vieilles routines réapparaissaient et qu'il a fallu introduire la technique des réunions d'infirmiers pour voir ressusciter l'ergothérapie, et d'autres choses.

On peut alors se poser la question de savoir pourquoi il en a été ainsi, car il n'y avait manifestement aucune mauvaise volonté, et l'analyse de la période écoulée avait permis de constater que, bien au contraire, les infirmiers souhaitaient faire le maximum pour mieux soigner les malades.

Il faut, bien entendu, tenir compte du fait que l'introduction de toute nouvelle technique provoque, de par la nouveauté même de celle-ci, un élan d'intérêt. Lorsque l'effet de nouveauté s'estompe, l'intérêt s'estompe lui aussi.

De plus, comme on l'a vu, l'ergothérapie n'est pas, en général, très diversifiée, il s'agit le plus souvent de vannerie et de menuiserie, de telle sorte que l'éventail de personnes susceptibles d'être intéressées se trouve réduit d'autant, et si bien qu'au bout d'un moment, ce sont toujours les mêmes infirmiers, ou à peu près, qui s'en occupent, et, également, un certain contingent de mêmes malades qui font le travail le plus soigné, ce qui décourage les nouveaux venus.

Enfin, l'évolution a été, à cette période, d'une part, décalée dans le temps d'un pavillon à l'autre, et d'autre part assez disparate, en particulier entre les pavillons de chroniques et le pavillon d'admission.

On est donc fondé à se demander si ce n'est pas là, que se dégage le manque d'une superstructure d'ensemble telle qu'elle se trouve réalisée dans un Club.

Le Club, en effet, est une structure qui intéresse l'ensemble d'un service (ou d'une institution) et qui peut, non seulement coordonner les activités de chaque quartier mais aussi permettre la concurrence entre les différents quartiers, et activer tel ou tel secteur. Tout cela n'est possible que par l'entremise d'un Club,

et précisément parce qu'il s'agit d'une superstructure qui intéresse l'ensemble du service.

La question reste posée de savoir s'il fallait ou non mettre sur pied un Club, alors que l'analyse aussi poussée que possible du milieu à cette époque n'encourageait pas à le faire, et de savoir si, en choisissant plutôt d'introduire la technique des réunions d'infirmiers, comme cela paraissait nécessaire et possible, on a agi dans le sens de la psychothérapie institutionnelle, réservant la création éventuelle d'un Club pour le jour où les circonstances paraîtront mieux s'y prêter.

CHAPITRE II

On envisagera maintenant, d'une part un exemple de tactique, puis certains points de la stratégie suivie, points qui semblent le plus propices à mettre en lumière la démarche effectuée en vue de mettre en oeuvre l'institutionnalisation du milieu. Cela nous amènera, tout naturellement, à envisager dans un prochain chapitre les difficultés rencontrées au pavillon d'admission.

I - Comme exemple de la tactique suivie on étudiera celle qui a amené, dans les premiers mois d'évolution du service, à l'ouverture d'un atelier au pavillon des agités.

Ainsi qu'il a été dit dans le chapitre II de la seconde partie, cet atelier s'est ouvert sans que le médecin en ait jamais donné l'ordre. Donner un ordre à ce propos eût été sans nul doute très facile, et efficace, dans l'immédiat, mais n'aurait pu qu'aggraver le système asilaire, alors qu'il s'agissait précisément d'y créer des brèches. En outre, une action brutale, rapide et directe dans ce pavillon risquait, du fait de la charge énergétique énorme (qui se "déversait" à cette époque dans des rixes, des bris d'objets, etc...) de provoquer, d'une part, des réactions d'opposition massive dans le personnel, et d'autre part, des raptus collectifs dans l'ensemble du pavillon.

Il fallait donc, par une voie indirecte, employer une autre tactique susceptible d'aboutir à des modifications, à la

fois progressives et en profondeur, préluant ainsi à la création d'un instrument tel qu'il permette le déplacement de l'énergie disponible dans un véritable système d'échanges.

La méthode employée a donc consisté en une action psychothérapique de groupe, portant sur le surveillant-chef et les internes, ces personnes étant envisagées comme susceptibles de devenir les médiateurs entre le médecin et l'ensemble du pavillon des agités, le surveillant-chef en particulier, puisque en contact beaucoup plus permanent avec le service que les internes.

Pour schématiser, disons que ce groupe comprenait d'un côté deux personnes, le surveillant-chef et le médecin, qui désiraient faire quelque chose pour que "ça change", mais entre lesquelles le dialogue n'était pas encore possible en raison du carcan hiérarchique, et, d'un autre côté, de deux personnes, les internes qui, elles, pouvaient dialoguer avec les deux autres.

Le récit détaillé de cette action psychothérapique de groupe ayant déjà été fait plus haut, on se contentera de reprendre uniquement les points les plus caractéristiques.

1°) - Dans une première période, alors que le surveillant-chef et les internes attendaient des instructions (instructions qui, si elles avaient été données, auraient eu à ce moment les mêmes résultats qu'une action directe), le médecin explicitait aux internes les aspects carcéraux et aliénants de la vie dans les pavillons d'agités connus ailleurs.

Le surveillant pouvait saisir clairement, à travers ces propos qui ne lui étaient pas directement adressés, les points de convergence de la connaissance qu'il avait de la huit et de celle qu'avait le médecin des pavillons d'agités en général.

Mais il n'osait toujours rien demander, alors que les internes, elles, ne s'en privaient pas. Mais elles ne recevaient pas de réponse de la part du médecin, ou des réponses à côté.

On voit assez bien, dans le récit de cette période, de quelle manière a été utilisé le principe psychanalytique de la frustration : on ne parle pas de ce dont il s'agit en réalité, le médecin ne s'adresse pas au surveillant, les demandes ne reçoivent pas de réponse.

Parallèlement, on peut remarquer que, à ce stade où un dialogue direct entre le médecin et le surveillant n'était pas possible, il y eu quand même un dialogue entre les deux, la parole faisant un détour par les internes.

2°) - Si bien que, dans une seconde période, le surveillant, un peu délié de sa discrétion, n'hésitait pas à exprimer combien étaient semblables les pavillons d'agités décrits par le médecin et "la huit", et faisait chœur avec les internes pour demander des instructions. La question lui était renvoyée.

De la même façon que dans la période précédente, le médecin décrivait aux internes, en présence du surveillant, des modifications effectuées ailleurs.

Finalement, c'est le surveillant qui émet l'idée d'ouvrir un atelier à la huit. On ne reprendra pas ici le récit des périodes marquées d'un côté par l'ouverture du dialogue médecin-surveillant, et d'un autre côté par le travail ayant permis la création de l'atelier, périodes qui ne semblent rien apporter de plus à l'étude de la tactique suivie.

Comme on l'a vu plus haut, cette tactique a visé essentiellement à instaurer un véritable dialogue entre le médecin et le surveillant, ce dernier parvenant à se situer comme sujet, et, cela, grâce à l'utilisation du principe psychanalytique de la frustration.

Il ne s'agissait certes pas du tout de psychanalyse "classique". Néanmoins, pour aménagée qu'elle fut aux circonstances, il s'agissait bien quand même d'une situation de frustration destinée à lever les résistances qui empêchaient le dialogue.

Par ailleurs, on a vu que l'instauration des phases initiales du dialogue médecin-surveillant a nécessité d'utiliser la présence des internes, le médecin s'adressant à elles, mais aussi et surtout, à travers elles, au surveillant. Là peut se poser le problème du rôle que ces intermédiaires ont joué, ou qu'on leur a fait jouer.

Est-ce simplement un rôle de surface réfléchissante, de miroir, comme il paraît de prime abord ? Ou bien y a-t-il eu participation active, à la fois complice et quasi-inconsciente, à l'instauration de ce dialogue senti comme possible et nécessaire ? Ou bien encore les internes ont-elles tenu place d'une référence à un troisième terme peut-être indispensable (?) à tout dialogue ? Il est possible qu'aucune de ces alternatives isolées ne soit la bonne, et qu'il faille, pour être dans le vrai, nuancer chacune d'elles à la lumière des autres.

Remarquons rapidement qu'on retrouve ici un élément de frustration représenté par la fausse gratification dont elles ont paru l'objet, les propos du médecin s'adressant à un autre tout en semblant s'adresser à elles.

Enfin, dans cet exemple portant sur un groupe restreint peuvent peut-être apparaître des notions telles que "éros de groupe", "désir de groupe", "demande de groupe".

On peut en effet se demander si les internes ne peuvent se situer ici comme une sorte de "plaque tournante" ou de dépositaire par rapport à l'inconscient collectif du groupe.

Ne se sont-elles pas fait les porte-paroles du désir du groupe en posant rapidement des demandes telles que "que faut-il faire pour que ça change".

On ne cherchera pas ici à élucider tous ces problèmes - pas plus qu'on n'en abordera d'autres, très importants, tel le transfert, qui font l'objet de travaux approfondis des praticiens de la psychothérapie institutionnelle.

On se bornera simplement à remarquer que le maniement correct des principes psychanalytiques, ici, de la frustration, résume l'essentiel de la tactique étudiée.

II - Après avoir étudié un exemple de tactique suivie, c'est maintenant la stratégie qu'il faut aborder.

De cette stratégie, on retiendra les deux points suivants :

- en premier lieu, le problème de savoir s'il fallait tenter de faire évoluer le service non seulement au niveau du pavillon d'admission mais aussi au niveau des quartiers de chroniques (ou vice versa) ;

et, en second lieu, la suppression de l'aspect ritualisé de la visite.

a) - Ainsi qu'on a tenté de le démontrer, le service, tel qu'il se présente, est un service surchargé, un appareil très lourd et très peu malléable où les pavillons de chroniques groupent plus des quatre cinquièmes de l'effectif total des malades.

Une stratégie possible aurait été de consacrer le maximum de temps et d'efforts au pavillon d'admission, et, par conséquent, de négliger les pavillons de chroniques, en présupposant que ces derniers, du fait de leur surcharge et de leur mode d'organisation, sont en quelque sorte incurables.

On peut penser que le rendement thérapeutique de cette micro-société aurait pu être très poussé. Prenant en traitement des malades "neufs", à qui l'asile est inconnu, les infirmiers ayant reçu un complément de formation psychothérapique, le médecin étant présent au maximum dans ce pavillon, il est probable que maintes petites institutions à visée soignante auraient été très vite créées, ergothérapie diversifiée, divers groupes ludiques, groupes de psychodrames, diverses réunions de malades de toutes sortes, réunions de familles de malades, etc... dont sans doute un très

grand nombre d'hospitalisés de ce pavillon auraient tiré bénéfice. De plus, les traitements chimiothérapiques auraient pu être très finement ajustés.

Mais pour être "idéal", il aurait d'abord fallu que toute idée de mutation dans un pavillon de chroniques disparaisse afin que soit bien établie dans l'esprit de tous la notion que tout nouvel entrant au pavillon d'admission en sort sans être jamais passé dans un pavillon de chroniques.

Or, sans compter que la notion de haut rendement thérapeutique s'accommode mal de la lenteur, et parfois du peu d'efficacité du traitement des troubles tels que la démence sénile, l'idiotie, certaines psychoses, et que, par ailleurs, les familles, les Hospices, etc., ne sont pas toujours prêts au moment où on le souhaiterait, à reprendre leurs malades, le nombre même des malades entrants est tel que cette condition préalable aurait dû être abandonnée. En effet, le chiffre total des entrées en une année correspond sensiblement à une entrée par jour. A supposer que le pavillon d'admission fonctionne en "circuit fermé", il faudrait que la durée moyenne d'hospitalisation n'excède pas deux mois. Or, on sait bien que si de nombreux malades peuvent bénéficier d'une durée de séjour inférieure à deux mois, il en est d'autres (malades âgés, par exemple, ou bien certains psychotiques à l'évolution longue), qui, soit à cause du génie propre de la maladie, soit à cause du manque de structures extra-hospitalières, soit à cause de l'intolérance du milieu socio-familial, devront, malgré tout, rester à l'hôpital une ou plusieurs années.

Enfin, l'irrégularité même du rythme des entrées fait que le jour où 5 à 7 nouveaux malades arrivent en même temps, il faut bien leur faire de la place.

Pour toutes ces raisons le système de mutations, si réduites que soient celles-ci, ne peut que persister.

On voit bien là un premier et grave inconvénient, pesant lourdement sur l'hypothèse stratégique envisagée.

En effet, tout malade hospitalisé dans ce super-pavillon d'admission se serait senti constamment menacé d'une mutation dans l'un des autres pavillons du service, les sachant presque complètement délaissés, considérés par tous comme des pavillons de rebut, et d'où les chances de sortie sont très minces.

On peut penser que cette menace constante aurait sans doute créé un climat général d'insécurité, ce qui n'aurait pas manqué de pervertir totalement les structures à visée soignante qui auraient été instituées, les détournant ainsi de leur but.

Le psychiatre, lui, aurait-il été à l'aise de ne s'occuper vraiment que du cinquième de ses malades, et de savoir ce que signifiait pour les "victimes" le fait d'être muté ? Aurait-il pu échapper à un très lourd sentiment de culpabilité ?

Et dans le cas contraire, qui d'ailleurs paraît le plus vraisemblable, ne peut-on pas penser que, ayant perdu sa liberté d'esprit, son travail en aurait porté la marque ?

Envisageons maintenant quelles auraient pu être les conséquences, au niveau des pavillons de chroniques, d'une telle stratégie ?

En face d'un pavillon d'admission hyper-actif, gratifié de toute l'attention du médecin, malades et infirmiers des pavillons de chroniques auraient très probablement ressenti profondément

et violemment l'abandon avec tout ce que cela comporte d'auto-dépréciation, et, finalement, de désespoir, désespoir qui n'aurait sans doute pas manqué de s'exprimer à travers diverses conduites, dépressives ou agressives, en ce qui concerne les malades, avec majoration des troubles pré-existants, et sans doute oppositionnelles en ce qui concerne les infirmiers.

Tout cela n'aurait pas été sans retentir au niveau du pavillon d'admission. En effet, les infirmiers, en particulier, se rencontrent et parlent de leur travail au moment des changements d'équipes, lors des permanences syndicales, ou encore du fait des liens familiaux qui existent très souvent entre eux.

Est-il pensable que le jeu des tensions aurait pu avoir un caractère dynamique propre, susceptible à lui seul d'entraîner des modifications de type désaliénant sur l'ensemble du service ? Il paraît plutôt bien probable que ces tensions, extrêmes de par la situation même, échappant à tout contrôle, n'auraient pu avoir que des conséquences régressives, et corrosives en particulier sur la qualité du travail.

Donc, au terme de cette étude, il semble qu'une stratégie comportant la survalorisation extrême d'un seul pavillon, même si, comme c'est le cas dans l'hypothèse envisagée, il s'agit du pavillon d'admission, qui, historiquement, et de par sa fonction même, a déjà une position un peu privilégiée admise par tous, peut, à très court terme, conduire à quelques résultats brillants, mais que, très vite, les conséquences fâcheuses dépassent de loin les résultats positifs, pervertissant le système de façon intense, et vont, finalement à contre-courant de ce qui était souhaité.

Pour toutes ces raisons, il était indispensable de ne pas négliger les quartiers de chroniques, et il fallait adopter une stratégie qui tienne compte rigoureusement de l'ensemble du service, de façon à ce que tous les secteurs aient la possibilité d'évoluer dans le même mouvement.

Mais la lourdeur du service sur laquelle il ne paraît pas utile de s'étendre à nouveau, ne permettait guère que le psychiatre soit partout à la fois. Le problème stratégique qui se posait était donc de savoir où une intervention exemplaire devait être faite pour porter le plus sur l'ensemble du service

On a vu que l'analyse de la situation dans les derniers mois de 1965 avait permis de repérer qu'il existait un asile dans l'asile, le pavillon des agités. C'était donc là, dans cet endroit le plus misérable, qu'il fallait essayer de créer quelque chose, car, si on y parvenait, alors serait posé dans l'esprit de tous, que partout ailleurs il était forcément possible de faire quelque chose.

L'évolution ultérieure du service semble confirmer que cette stratégie, qui s'inscrit d'ailleurs dans le sens de l'histoire de la psychothérapie institutionnelle, a bien donné valeur d'exemple pour tout le service au fait qu'un atelier d'ergothérapie avait été créé au pavillon des agités, et ouvert la porte aux réalisations suivantes dans tous les pavillons.

Pour résumer les grandes lignes de ce chapitre, on voit qu'il ne semble pas possible de procéder à l'institutionnalisation en s'occupant du seul secteur du pavillon d'admission, qu'il paraît indispensable de prendre en charge l'ensemble du service, et que, bien plus, la création d'un modèle dans un pavillon très déshérité de chroniques peut influencer favorablement le processus d'institutionnalisation de tout le service.

b) - On s'attachera maintenant à étudier la suppression de l'aspect ritualisé de la visite, en essayant de mettre en évidence ce qui permet de situer ce fait comme un autre acte exemplaire ayant une portée désaliénante sur l'ensemble du service.

On ne reprendra pas ici la description des différentes étapes de la transformation de la visite. Rappelons seulement qu'au départ, la visite constituait un des rituels les plus prégnants pour l'ensemble du service.

On peut peut-être voir pour base à ce rituel un couple "d'idées-force" : d'une part la croyance, plus traditionnelle que véritable, en la dangerosité extrême de tout malade mental, toujours suspect de comploter sous cape fugue, suicide, agression, et, d'autre part, l'idée mythique de la toute-puissance du médecin qui, non seulement détient le pouvoir, mais aussi le savoir absolu, étant le seul capable d'examiner, de porter un diagnostic, de deviner les ruses du malade, mais également le seul dont la fonction exige la confrontation avec la folie.

Il découle de tout cela, en premier lieu, que ceux dont il est admis, pour des raisons diverses, qu'ils ont besoin de s'instruire doivent suivre le médecin partout, prendre exemple sur lui et l'écouter, et, en second lieu, que le médecin ne doit jamais être seul, compte tenu de la dangerosité des malades, et de l'importance de son propre personnage.

De ces notions semblent découler les aspects rituels de la visite : le médecin, le surveillant-chef et les internes passent ensemble, groupés, dans certains pavillons, ce qui constitue la visite. Les malades à voir sur le plan psychiatrique sont examinés par le médecin en présence des autres membres de la visite, aux-

quels s'adjoint le chef de pavillon, soit au lit du malade quand celui-ci n'est pas valide, soit le plus souvent, dans le bureau médical. (Un premier examen psychiatrique et somatique consigné sur une feuille d'observation ayant été effectué par l'interne préalablement, lors de la visite de l'interne, dont il n'est pas question ici.)

Le nombre des malades ainsi examinés est forcément très limité.

De plus, ce ne sont pas toujours ceux qui auraient le plus besoin d'être vus tel jour qui le sont. En effet, le malade qui, ce jour là, ne va pas bien, sans parler des cas extrêmes qui n'auront pas manqués d'être signalés par le chef de pavillon, mais le malade qui, ce jour là sera un peu anxieux, aura besoin de parler au médecin, pourra-t-il le faire dans de telles conditions ? L'expérience montre que non. Aborder le médecin hors du bureau est possible, mais il faut lui parler en présence de tiers, et rapidement, car il a les malades signalés à voir.

De toute façon, le malade ne pourra jamais parler seul à seul à celui qui le soigne. Il devra subir à la fois l'aspect solennisé de l'entretien, et la présence d'autres interlocuteurs, muets ou non. Comment nouer dans de telles conditions une véritable relation confiante médecin-malade, si indispensable en psychiatrie, qui permette au malade d'exprimer ce qu'il ressent, comme il le ressent, dans l'intimité de son être. Ce lourd handicap pèse aussi sur le thérapeute qui, corseté par son rôle, ne peut pas "accueillir" vraiment l'individu malade.

L'aspect anti-psychothérapeutique d'une telle structure, qui s'inscrit d'ailleurs au sein des multiples rituels du système asilaire, apparaît clairement.

Voyons maintenant ce qui a finalement remplacé le rituel de la visite

Chacun part de son côté et effectue en quelque sorte sa propre visite, et une réunion de groupe, qui se tient à midi au pavillon d'admission, permet de faire le point de la matinée. Cette réunion a de multiples fonctions : information portant non seulement sur le travail propre de chacun dans la matinée, mais aussi sur les observations recueillies auprès des infirmiers, confrontations diagnostiques, thérapeutiques, donc enseignement, discussion des décisions à prendre. Elle permet également de prévoir, à la lumière de cette approche plus complète du malade, certains détails de l'emploi du temps du lendemain.

Ainsi les grandes lignes de la matinée de chacun sont-elles réglées d'abord et essentiellement d'après la réunion de midi de la veille, puis, également en fonction des notes prises par les chefs de pavillon de l'après-midi, ce qui permet une action souple, encore modulée le matin même par les suggestions du chef de pavillon, et efficace.

Quels sont les avantages, sur un plan général, pour

D'abord un bien plus grand nombre de malades peut être vu chaque matin, au cours des rencontres, fortuites ou non, lors du passage dans les pavillons. Ensuite, les entretiens peuvent être ajustés au jour le jour, suivant à la fois l'état mental du malade et la relation qu'il a pu nouer avec celui-ci ou celui-là.

Mais l'essentiel semble être ailleurs et se situer d'abord dans le fait que la notion de colloque singulier a été restituée.

En effet, le colloque singulier permet de nouer et de faire évoluer la relation psychothérapique.

Il arrive souvent qu'au cours d'une même matinée, un même malade ait successivement ou simultanément des entretiens avec plusieurs personnes du groupe de la réunion de midi, mais il est toujours possible que chaque entretien se passe en tête-à-tête (mis à part les rares cas de malades très impulsifs).

Le malade sait bien que ses différents interlocuteurs parlent ensemble, à midi, et donc qu'il n'est pas forcément obligatoire qu'il s'adresse directement au médecin, puisque ce qu'il aura dit le matin à l'un ou à l'autre sera repris en commun, avec le médecin, au cours de la réunion de midi.

La déhiérarchisation établie à ce niveau, sur le plan relationnel, lui laisse le possibilité d'établir un dialogue avec les uns ou les autres, à sa manière, à son goût, suivant qu'il "accroche" mieux avec tel ou tel, tout en sachant que le médecin n'y sera pas étranger.

Ainsi semblent apparaître les trois facteurs principaux permettant de situer la disparition de l'aspect rituel de la visite comme un autre acte exemplaire ayant une portée sur l'ensemble du service, c'est-à-dire :

- la notion de colloque singulier,
- le fait que la possibilité de ce colloque singulier n'est pas limitée au seul médecin-chef,
- et enfin qu'il y a nécessité absolue qu'existent des lieux de parole aménagés de telle sorte que tous les soignants susceptibles d'avoir engagé une relation quelconque puissent la verbaliser et qu'elle soit passée au crible constitué par le groupe.

On voit bien là se dessiner le schéma de l'évolution ultérieure du service, avec, d'une part l'instauration de contacts verbaux, isolés, ou à l'occasion de la mise en place de l'ergothérapie, par exemple, entre infirmiers et malades, et l'établissement des diverses réunions.

CHAPITRE III

Dans ce troisième chapitre seront envisagées les difficultés rencontrées au niveau du pavillon d'admission et l'explication qui peut en être donnée par la position privilégiée de ce type de pavillon au sein d'une organisation de structure asilaire.

On a vu, en effet, dans l'observation des périodes allant de Mars 1966 à Février 1967, puis de Mars 1967 à Avril 1967, que, si les pavillons de chroniques avaient pu rapidement être "mobilisés" par l'introduction de différentes techniques d'activation du milieu, il n'en a pas été de même au pavillon d'admission où, par exemple, l'ergothérapie ne "prend" pas, où les réunions sont particulièrement lourdes de silence.

On peut dire qu'au niveau des pavillons de chroniques il y avait une forte demande, tandis qu'il n'y en avait pas au pavillon d'admission. Mais pourquoi n'y en avait-il pas, là aussi ?

Il semble bien que l'absence de ce type de demande soit liée à la position structurale et historique de tout pavillon d'admission, constamment surinvesti par rapport aux autres pavillons, ce qui empêche l'émergence de toute demande.

De même, les différents aspects particulièrement rigides de son mode de fonctionnement, les rituels, la survalorisation des soins biologiques semblent liés au rôle imparti au pavillon d'admission dans la perspective de son histoire au sein du système asilaire. En effet, pour n'envisager que ces facteurs, c'est là que, traditionnellement, le médecin chef passe tous les jours, qu'il est le plus attentif aux soins biologiques, qu'il veille à leur bonne administration, ce qui n'est pas sans retentir sur le personnel soignant. De plus, comment ne pas trouver un motif supplémentaire à la survalorisation des soins biologiques quand on est, en outre, confronté à l'angoisse du contact journalier avec des malades dont on ne sait presque rien, et à qui il est parfois pratiquement interdit de parler ?

Ainsi, tout cela se conjugue pour faire en sorte qu'au pavillon d'admission n'existe pas, à cette époque, d'autre demande que celle de la continuité.

Cependant, même si l'absence de demande évidente, correlative à la situation particulière du pavillon d'admission à l'époque, explique en partie les difficultés rencontrées dans ce pavillon, il faut peut-être aussi tenir compte d'autres facteurs.

En premier lieu, on peut se poser la question de savoir comment a été vécu, au pavillon d'admission, le fait que le médecin chef manifeste un intérêt égal à tous les pavillons du service. Il n'est peut-être pas non plus sans importance, de ce point de vue, que les premiers ateliers d'ergothérapie du service, puis que les premières réunions d'infirmiers se soient trouvés mis en place ailleurs qu'au pavillon d'admission.

Il se peut que, compte tenu du surinvestissement traditionnellement massif du pavillon d'admission, l'intérêt porté ailleurs aussi par le médecin ait été ressenti sur un mode anxieux, comme un désinvestissement incompréhensible, et peut-être excessif en fonction de ce que ce pavillon pouvait supporter du fait de sa position historique.

Il est possible que le sentiment de revalorisation des infirmiers des pavillons de chroniques ait aussi joué dans ce sens.

Cela explique peut-être l'élaboration des réactions de défenses, et, par voie de conséquence, les résistances rencontrées dans ce pavillon.

En second lieu, on peut également s'interroger sur le rôle qu'ont pu jouer les manifestations d'impatience du médecin devant le retard pris par le pavillon d'admission dans la mise en route d'activités à visée thérapeutique.

En effet, si ces manifestations d'impatience peuvent être considérées comme équivalent à donner des ordres, donc tomber dans le piège de l'aliénation, ce qui, dans un tel contexte allait précisément à l'encontre de ce qui était souhaité, il faut aussi remarquer que ce "forcing" s'est produit au moment même où le groupe des infirmiers de ce pavillon pouvait être le plus sensibilisé aux apparences de désinvestissement de l'intérêt du médecin pour leur pavillon. On peut alors se demander si le forcing du médecin-chef survenant juste à ce moment, n'a pas contribué à accroître l'angoisse, empêchant ainsi toute vraie prise de conscience, et jouant dans le sens de l'aggravation des résistances.

CHAPITRE IV

Enfin, dans ce dernier chapitre, il n'est peut être pas inutile de souligner le caractère fragmentaire de cette observation, ce qui nous amènera à envisager son caractère inachevé.

Il faut remarquer d'abord qu'on s'est attaché à mettre en évidence les aspects qui ont paru les plus caractéristiques de la démarche d'institutionnalisation d'un service dans une période donnée, laissant ainsi dans l'ombre une multitude de petits faits probablement significatifs dont il a semblé que la description, outre qu'elle nécessiterait un travail très considérable, risquerait de masquer l'essentiel. Parallèlement, il a semblé particulièrement délicat de livrer ici des détails trop minutieux de "réactions" épisodiques de tel ou tel soignant.

Il n'a pas non plus été question des inter-réactions au niveau des différents services de l'hôpital et de l'administration, ceci afin de ne pas alourdir inutilement l'exposé.

Un manque qui peut paraître plus important est le manque d'observations individuelles des malades.

En effet, le travail de modification progressive des structures du service, dans le sens de la psychothérapie institutionnelle, vise une amélioration des conditions de traitement,

et du traitement même des malades mentaux.

Or, il s'agit là d'un travail de longue haleine qui est loin d'être terminé au terme de la période envisagée. C'est pourquoi il a semblé préférable de respecter les strictes données de l'observation, en indiquant les effets thérapeutiques d'ordre général qui ont pu dès lors être constatés, c'est-à-dire, principalement, une amélioration considérable du gâtisme, et une quasi-extinction de l'agitation, plutôt que de présenter des observations individuelles qui, compte tenu de la période envisagée, et de sa relative brièveté, n'auraient peut-être pas été aussi clairement significatives.

Ces diverses lacunes (entre autres, car il en existe sans doute bien davantage) dans l'exposé lui-même renvoient, quoique étant d'un tout autre ordre, aux lacunes qui existent au niveau des structures mises en place, comme le manque d'un Club, par exemple, lacunes qui témoignent du caractère inachevé du travail d'institutionnalisation dans la période envisagée.

Que faut-il penser de cet inachèvement ?

Faut-il en déduire que le travail effectué durant la période relatée est sans intérêt puisque non terminé, et que c'est seulement lorsqu'il sera achevé que se dégagera son intérêt ? Mais ne serait-ce pas là nier rigoureusement toute signification aux termes "Psychothérapie institutionnelle", termes qui impliquent "l'institutionnalisation", donc le constant remaniement des structures, si apparemment parfaites puissent-elles être, et, précisément, une vigilance constante pour conserver aux structures mises en place leur caractère mobile, ouvert, dynamique, et, s'il le faut, en créer de nouvelles.

En effet, le travail d'institutionnalisation, pourrait-il paraître achevé au niveau de la mise en place des structures principales, qu'il ne serait pas terminé pour autant.

Les risques de sclérose de "l'appareil" sont très grands, toute structure qui se développe tend spontanément vers un point d'équilibre, où le fonctionnement peut devenir excellent, tous rouages bien huilés, chacun à sa place, mais alors cette structure devient nulle comme facteur thérapeutique car, devenue routine, elle ne mobilise plus rien.

C'est ainsi que même "un" Club thérapeutique, après avoir constitué à l'origine un puissant levier de désaliénation, peut très aisément, si l'on n'y prend pas garde, devenir à son tour un instrument d'oppression et une structure véritablement anti-thérapeutique". (1)

Il faut donc être constamment en éveil et remodeler sans cesse les structures de telle sorte qu'elles reçoivent constamment des impulsions dynamisantes, et qu'elles gardent ou reprennent leur fonction soignante.

On voit bien alors comment la notion d' "achevé" semble incompatible avec celle de Psychothérapie Institutionnelle.

On ne manquera pas de citer ici à nouveau GENTIS et TORRUBIA (1) : "Nous espérons donc simplement donner à travers ces notes une impression générale de ce que peut être, pour nous,

(1) Drs R. GENTIS et H. TORRUBIA - Notes sur la psychothérapie institutionnelle en 1968 (Rapport au Colloque de COURCHEVEL, 25, 26, 27 Mars 1968) - Information Psychiatrique Février 1969 - Volume 45

cette orientation (la psychothérapie institutionnelle) (1), avec son caractère actuel de quelque chose de provisoire, de précaire, d'inachevé. Nous tenons beaucoup à cet inachèvement, à cette précarité".

Le caractère inachevé, "en cours", du travail d'institutionnalisation qui a été décrit ici, pour encore fragmentaire que soit ce travail, doit donc être considéré comme un signe, parmi d'autres, de son inscription au sein de la notion de psychothérapie institutionnelle.

(1) Ajouté par nous.

CONCLUSION

- 1°) - L'essentiel de l'évolution dans le sens de la psychothérapie institutionnelle est le fait que soit rendu possible l'avènement des participants à la position de sujet (le terme sujet étant pris dans son sens psychanalytique), ce qui implique la mise en place de structures, particulières au milieu, propres à rendre possible ou à faciliter cet avènement à la position de sujet.
- 2°) - Les quartiers de chroniques semblent disposer d'une grande quantité d'énergie mobilisable, énergie qu'il est possible d'utiliser comme facteur dynamique d'évolution de l'ensemble du lieu de traitement.
- 3°) - L'institutionnalisation d'un service est un processus continu, qui n'est jamais terminé, comme la tâche de désaliénation constante qui en fait son but.

Il convient pour cela d'être extrêmement vigilant vis-à-vis des risques de blocage, qui, s'ils se produisent, sont susceptibles d'entraîner des régressions compromettant le travail de désaliénation.

4°) - Il semble important, au niveau du travail quotidien, de ne pas méconnaître les notions psychanalytiques, qui trouvent là un champ d'application où elles s'avèrent très fécondes.

BIBLIOGRAPHIE

- AYME J., RAPPART P., TORRUBIA H
Thérapeutique institutionnelle.
... Encyclopédie Médico-chirurgicale n° 37 930 G 10.
- AYME J. - Politique sanitaire en psychiatrie.
... Recherches Tome 1.
- BARDET C. Mme - Du rôle possible du journal dans un service institutionnel.
... Revue Psychothérapie Institutionnelle, n° 5
- BERNARD P. - Les Psychothérapies de groupe.
... Evolution Psychiatrique 1948 ; Fascicule III.
- BIDAULT R. - L'accueil envisagé dans une perspective d'intégration du malade au groupe.
... Thèse LYON 1957.
- BIERER J. - Critical analysis in some concepts in present day "Group Psychotherapy".
... Traduction par le Dr J. OURY dans "Les Clubs thérapeutiques".

- BONNAFE L. - Sanctions punitives et psychothérapie collective.
... Information psychiatrique juin 1956, n° 6.
- BONNAFE L. Sur les réunions du personnel.
... Information Psychiatrique 1949, n° 8.
- BOUCHET - Annales Médico-Psychologiques 1848, II, cité par
G. DAUMEZON dans Les fondements d'une psychothé-
rapie collective - Evolution Psychiatrique 1948, Fas-
cicule III.
- COLMIN J. - Les échanges économiques Elément de thérapeutique
institutionnelle dans un service d'hôpital psychia-
trique.
... Thèse PARIS 1961.
- COLMIN J. - Psychanalyse et ouverture d'un atelier d'ergothé-
rapie.
... Revue de Neuro-Psychiatrie de l'Ouest, Mai 1967
n° 16
- DAUMEZON G. - Les fondements d'une psychothérapie collective.
... Evolution Psychiatrique 1948, Fascicule III.
- FALRET - Visite à l'Asile d'Illeau.
- FREUD S. - Psychologie collective et analyse du moi.
- GENTIS P. - La mixité : question de contexte.
... Information Psychiatrique Septembre 1968, n° 7.
- GENTIS R. et TORRUBIA H.
Notes sur la psychothérapie institutionnelle en 1968.
... (Rapport au Colloque de COURCHEVEL, Mars 1968)
Information Psychiatrique Février 1969, n° 2.

- GOFFMAN E. - Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux.
... Editions de Minuit.
- GUATTARI P.F. La transversalité.
... Revue Psychothérapie institutionnelle, n° 1.
- GUATTARI P.F. Réflexions quelque peu philosophiques sur la psychothérapie institutionnelle.
... Recherches Tome 1.
- GUILLET N. - Les structures institutionnelles et leur incidence sur les structures psychopathologiques.
... Thèse Lyon 1959,
- KOECHLIN Ph et E.
L'individu malade, l'institution et le secteur.
... Information Psychiatrique avril 1969, n° 4.
- MICHAUD G. - La notion d'institution dans ses rapports avec la théorie moderne des groupes.
... D.E.S. de Philosophie. Faculté des Lettres.
PARIS 1958.
- MICHAUD G. - Transfert et échange en thérapie institutionnelle.
... Revue Psychothérapie institutionnelle, n° 1.
- OURY J. - A propos de la punition.
... Information Psychiatrique Juin 1956, n° 6.
- OURY J. - La participation de l'infirmier à la Psychothérapie.
... Groupe de Sèvres. Information Psychiatrique
Mai 1958, n° 5.
- OURY J. - Les Clubs thérapeutiques.
... Revue pratique de Psychologie de la vie sociale
et d'hygiène mentale 1959, n° 4.

- OURY J. - Analyse de l'entourage immédiat du malade dans le cadre de la thérapeutique institutionnelle.
... IIème Congrès International de Psychiatrie.
ZURICH Septembre 1957.
- OURY J. - Psychothérapie institutionnelle. Compléments théoriques.
... Encyclopédie Médico-chirurgicale 37 930 G 10, 2ème fiche.
- OURY J. - Intervention au Colloque d'ARTIGNY 1967.
- OURY J. - Quelques problèmes théoriques de Psychothérapie institutionnelle.
... Recherches spécial Enfance aliénée.
- RACINE Y. - Argent et Echanges à l'hôpital psychiatrique.
... Bibliothèque de l'infirmier psychiatrique.
CEMEA, Editions du Scarabée, PARIS 1967.
- ROTHBERG D. - Dynamique du transfert et hiérarchisation de l'institution.
... Revue Psychothérapie institutionnelle, n° 1
- SIMON H. - Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique.
... De Gruyter BERLIN 1929.
Traduction française de l'hôpital psychiatrique de SAINT-ALBAN.
- TORRUBIA H. - Analyseurs et interprétation du transfert en thérapeutique institutionnelle.
... Revue Psychothérapie institutionnelle, n° 1
- TOSQUELLES F., DAUMEZON G., PAUMELLE Ch.
Le fonctionnement thérapeutique.
... Encyclopédie Médico-chirurgicale 37 930 A 20.

- TOSQUELLES F. - Intervention au symposium sur la Psychothérapie collective.
 ... BONNEVAL 1952 - cité par OURY J. dans "les Clubs thérapeutiques".
- TOSQUELLES F. - Intervention dans la discussion sur "Connaissance et Psychothérapie de la relation schizophrénique" par P.C. RACAMIER.
 ... Evolution Psychiatrique 1958, Tome II.
- TOSQUELLES F. - Quelques aperçus sur l'histoire de la psychothérapie.
 ... Information Psychiatrique Juin 1964, n° 6
- TOSQUELLES F. - Histoire critique du mouvement de Psychothérapie institutionnelle dans les hôpitaux psychiatriques français.
 ... Revue Psychothérapie institutionnelle n° 2-3, numéro spécial Pédagogie et Psychothérapie institutionnelle.
- TOSQUELLES F. - Que faut-il entendre par Psychothérapie institutionnelle ?
 ... Information Psychiatrique Avril 1969, n° 4.

